



**SEGURO INDIVIDUAL - INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL
POR DOENÇA (IFPD) - CARÊNCIA 90 DIAS**

Condições Gerais

Processo SUSEP nº 15414.613017/2021-70

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO	3
2.	DEFINIÇÕES.....	3
3.	COBERTURA DO SEGURO	10
4.	RISCOS COBERTOS	11
5.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	14
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	17
7.	CARÊNCIA	17
8.	ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	18
9.	VIGÊNCIA DO SEGURO	19
10.	CAPITAL SEGURADO.....	20
11.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	21
12.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	24
13.	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR IDADE:	25
14.	PRAZO DE TOLERÂNCIA.....	26
15.	PERDA DE DIREITO	26
16.	CANCELAMENTO DO SEGURO	29
17.	OBRIGAÇÕES.....	30
18.	BENEFICIÁRIOS.....	31
19.	REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	32
20.	COMPROVAÇÃO DO SINISTRO.....	35
21.	JUNTA MÉDICA	36
22.	REGIME FINANCEIRO.....	37
23.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	37
24.	SUB-ROGAÇÃO.....	37
25.	FORO	37
26.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	37

1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitada ao Capital Segurado contratado, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente, ocorrido durante a Vigência da Cobertura contratada, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

A perda da existência independente é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nestas Condições Gerais.

DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PLANO NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE OU DEVOLUÇÃO DE PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR AS INDENIZAÇÕES DOS SINISTROS OCORRIDOS NO MESMO PERÍODO, ESTIMADOS PELO RISCO DE OCORRÊNCIA DO EVENTO COBERTO, NÃO HAVENDO, PORTANTO, A CONSTITUIÇÃO DE RESERVA MATEMÁTICA.

O Seguro comercializado pela CAPEMISA é um seguro individual de vida. Sendo assim, tal produto não se caracteriza como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s).

2. DEFINIÇÕES

2.1 Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

Excluem-se deste conceito:

a) 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) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) 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 as Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "Invalidez Acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido acima.
- e) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma Doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

2.2 Apólice de Seguro: É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

2.3 Agravo Mórbido: É a piora de uma doença.

2.4 Alienação Mental: É o distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.5 Aparelho Locomotor: É o conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.6 Auxílio: É a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.7 Aviso de Sinistro: É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o(s) Beneficiário(s) ou Terceiros Interessados é(são) obrigado(s) a fazer à Seguradora assim que tenha seu conhecimento. O aviso só é configurado a partir da entrega da documentação completa.

2.8 Beneficiário: O(s) Beneficiário(s) são as pessoas designadas para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. De acordo com as definições da cobertura contratada, o(s) Beneficiário(s) pode(m) ser o próprio Segurado, ou aquele(s) indicados(s) livremente pelo Segurado em um documento hábil, ou ainda, na ausência de indicação, aquele(s) em conformidade com a legislação aplicável à herança. A indicação, quando for o caso, pode ser substituída, a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida, datada e assinada pelo próprio Segurado.

2.9 Boa-Fé: É um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuarem com a máxima honestidade e transparência na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

2.10 Cancelamento do Seguro: É a extinção do Contrato de Seguro antes do término de sua Vigência por algum dos motivos previstos nestas Condições Gerais.

2.11 Capital Segurado: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora como indenização, na ocorrência do sinistro coberto, durante a vigência da Apólice, respeitando as Condições Gerais.

2.12 Cardiopatia Grave: É a doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

2.13 Carregamento: É o percentual que incide sobre o prêmio, definindo à importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização da Seguradora.

2.14 Coberturas: São os riscos assumidos pela Seguradora perante o Segurado, através de suas Condições Contratuais, quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.15 Coberturas de Risco: São as coberturas do Seguro Sobre a Vida e a Integridade Física cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

2.16 Cognição: É o conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, entre outros;

2.17 Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

2.18 Condições Gerais: É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários, bem como as características gerais do Seguro.

2.19 Conectividade com a Vida: É a capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.20 Consignante: É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, dos prêmios devidos pelos Segurados e pelo seu respectivo repasse em favor da Seguradora.

2.21 Consumpção: É o definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.22 Contrato de Seguro: É o documento que estabelece para uma das partes (Seguradora), mediante pagamento (Prêmio) pela outra parte (Segurado), a obrigação de pagar, a esta, determinada importância, no caso de ocorrência de um Sinistro. É constituído de dois documentos principais, a saber, a proposta e a Apólice. Na proposta, o Proponente do Seguro fornece as informações necessárias para a avaliação do Risco, e, caso a Seguradora opte pela Aceitação do mesmo, é emitida a Apólice, formalizando a contratação.

2.23 Corretor de Seguros: É a pessoa física ou jurídica, legalmente habilitada e autorizada a angariar e a promover Contratos de Seguro, sendo remunerada mediante o pagamento de comissões estabelecidas para o produto ou contratação.

2.24 Dados Antropométricos: Peso e a altura do Segurado.

2.25 Deambular: É o ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

2.26 Declaração Médica: É o documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.27 Declaração Pessoal de Saúde (DPS): É o conjunto de informações fornecidas pelo Proponente à Seguradora sobre suas condições de saúde, seu histórico médico familiar e suas atividades, que configura parte integrante da Proposta de Contratação, em que o Segurado responsabiliza-se pela veracidade e integralidade das informações prestadas.

2.28 Deficiência Visual: Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.29 Disfunção Imunológica: É a incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.30 Doença Crônica: É a doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

2.31 Doença Crônica em Atividade: É a doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.32 Doença Crônica de Caráter Progressivo: É a doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.33 Doença em Estágio Terminal: É 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.

2.34 Doença Neoplásica Maligna Ativa: É o 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.

2.35 Doenças ou Lesões Preexistentes: As doenças, lesões ou sequelas, inclusive as congênitas, contraídas antes da data de contratação do Seguro, que são de prévio conhecimento do Segurado, e que, se não forem declaradas na Proposta de Contratação, não geram para o Segurado ou Beneficiário o direito à Indenização.

2.36 Doença Profissional: É aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

2.37 Endosso: É o documento emitido pela CAPEMISA, por intermédio do qual são alterados dados e condições do Contrato de comum acordo com o Segurado.

2.38 Estados Conexos: Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

2.39 Etiologia: É a causa de cada doença.

2.40 Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela cobertura contemplada nestas Condições Gerais, desde que contratadas na Apólice.

2.41 Fatores de Risco e Morbidade: É aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.42 Hígido: Saudável.

2.43 Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora e que deve ser preenchido e enviado à CAPEMISA, pelo Segurado, Beneficiário ou Terceiro interessado, logo que tenha conhecimento da ocorrência do sinistro.

2.44 Indenização: É o valor a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência do evento coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

2.45 Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

2.46 Liquidação de Sinistro: É o processo para pagamento da indenização ao(s) Beneficiário(s).

2.47 Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. Não serão aceitos como médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.48 Nota Técnica Atuarial: É o documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

2.49 Período de Cobertura: É o período, contado a partir do início de vigência, durante o qual o(s) Beneficiário(s), em caso de ocorrência do sinistro, fará (ão) jus à indenização, limitada ao Capital Segurado contratado, observado o período de Carência e Franquia, se houver.

2.50 Plano de Seguro: É o conjunto dos documentos composto por estas Condições Gerais e pela Nota Técnica Atuarial que definem as características deste Seguro, comercializado pela Seguradora. O Plano de Seguro é submetido à SUSEP, para autorização de comercialização.

2.51 Prazo de Carência: É o período, contado a partir da data de início de vigência da Cobertura Contratada, ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento integral do Capital Segurado contratado ou da parte aumentada, como indenização.

2.52 Prazo de Tolerância: É o período contado a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do pagamento do prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda fará jus à cobertura contratada.

2.53 Prêmio: É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

2.54 Prognóstico: É o juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.55 Proponente: É a pessoa física interessada em contratar a cobertura de Seguro, apresentando à Seguradora uma Proposta de Contratação com informações de sua responsabilidade.

2.56 Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, expressa a intenção de contratar a cobertura do Seguro, manifestando pleno conhecimento das regras estabelecidas nas Condições Contratuais.

2.57 Quadro Clínico: É o conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.58 Recidiva: É o reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.59 Refratariedade Terapêutica: É a incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.60 Regime Financeiro de Repartição Simples: É a estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos ocorridos nesse período.

2.61 Relações Existenciais: São aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.62 Risco: É o evento futuro ou incerto, de natureza súbita e imprevista, que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o Seguro.

2.63 Riscos Excluídos: São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais, que não serão cobertos pelo plano.

2.64 Segurado: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, caso aceito pela Seguradora.

2.65 Seguradora: É a Empresa, devidamente constituída e legalmente autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, que nos termos destas Condições Gerais é a CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A.

2.66 Seguro: É o Contrato pelo qual uma das partes (Seguradora) se obriga, mediante pagamento de prêmio pelo Segurado, a indenizar outra (Beneficiário(s)) pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

2.67 Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

2.68 Sinistro: É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

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

2.70 Superintendência de Seguros Privados (SUSEP): Autarquia responsável pelo controle e fiscalização do mercado de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro

2.71 Transferência Corporal: É a capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

2.72 Vigência do Seguro: É o período no qual a Apólice de seguro está em vigor.

3. COBERTURA DO SEGURO

3.1 O Seguro terá a cobertura descrita abaixo:

3.1.1 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): Pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitada ao Capital Segurado contratado, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente, ocorrido durante a Vigência da Cobertura do contrato, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

3.1.2 A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

4. RISCOS COBERTOS

4.1 Está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente total por Doença do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de:

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

- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 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.

4.2 Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.3 O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade.

4.4 A Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

4.5 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.

4.6 Para a classificação no 2º ou 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali previstas.

4.7 Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

4.8 A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas.

4.9 Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

Atributos	Escalas	Pontos
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	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 médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

Atributos	Escalas	Pontos
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

Dados Antropométricos, Riscos Interagentes e Agravos Mórbidos	Pontuação
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do Segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice;
- b) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- c) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- d) atos de Terrorismo Nuclear, Biológico ou Químico. Perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor estas Condições Gerais;
- e) movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emissão de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora;
- f) utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo, salvo se proveniente de serviço militar;
- g) participação em disputas ou duelos (amadores e profissionais);
- h) doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, não declarados na Proposta de Contratação e de conhecimento do Segurado;
- i) doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER), 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;
- j) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que suas consequências se manifestem durante a Vigência da Cobertura do Segurado;

- k) o suicídio, ou a(s) sequela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos da Vigência da Cobertura Contratada;
- l) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;
- m) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, choque anafilático, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, desde que decorrentes de acidente pessoal não coberto;
- n) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;
- o) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- p) perda de dentes e danos estéticos, salvo se contratado cobertura correspondente.
- q) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SNFMF);
- r) diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que estes sejam médicos profissionais habilitados;
- s) atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro;
- t) atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada
- u) para portadores de deficiência física:
 - Lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;
 - Condições clínicas advindas de qualquer complicação, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos;
 - Lesões e disfunções preexistentes de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação.

- v) danos morais;
- w) 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 nestas condições contratuais;
- x) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;
- y) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- z) para as apólices destinadas a trabalhadores sujeitos a maior incidência de doenças ocupacionais/profissionais, claramente identificadas, os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

5.2 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.

5.3 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.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7. CARÊNCIA

7.1 É o período, contado a partir da data de início de vigência da Cobertura Contratada, ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento integral do Capital Segurado contratado ou da parte aumentada, como indenização

7.2 Fica estipulado o prazo de carência de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da Cobertura Contratada.

7.2.1 Poderá haver a isenção de carência, a exclusivo critério da Seguradora, conforme análise do risco. A carência definida será apresentada na Apólice do Segurado.

7.3 Haverá Carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da Cobertura Contratada.

7.4 Fica estipulado o prazo de carência de 90 (noventa) dias, aos aumentos de Capital Segurado, período este em que o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito à parte aumentada.

7.4.1 Poderá haver a isenção de carência, a exclusivo critério da Seguradora, conforme análise do risco. A carência definida será apresentada na Apólice do Segurado.

7.4.2 Em caso de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência do Endosso de aumento de Capital Segurado da cobertura contratada, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito sobre a parte aumentada.

7.5 Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa.

7.5.1 Em caso de sinistro durante o Período Integral de Carência, é previsto exclusivamente a devolução dos Prêmios Pagos para o(s) Beneficiário(s) indicado(s)/Segurado.

7.5.2 Em caso de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura contratada, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito à devolução de prêmios.

7.6 O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1 A aceitação do Contrato de Seguro somente será feita mediante Proposta de Contratação datada e assinada pelo Proponente ou seu Representante Legal.

8.2 O preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde (DPS) para análise do risco, quando da contratação da Cobertura e em casos de aumento do Capital Segurado é obrigatório, podendo, a critério exclusivo da Seguradora, facultar ou dispensar seu preenchimento.

8.3 Poderão adquirir este Seguro, os Proponentes que, na data de assinatura da Proposta de Contratação tenham idade mínima de 16 (dezesseis) anos e máxima 65 (sessenta e cinco) anos de idade, com residência fixa no Brasil.

8.4 A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para se manifestar sobre a não aceitação da Proposta de Contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para Seguros novos, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. No caso do término do prazo de 25 (vinte e cinco) dias sem que tenha ocorrido manifestação por parte da Seguradora, se caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Contratação.

8.5 A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo, neste caso, suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega completa da documentação.

8.6 No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, a Seguradora deverá enviar, obrigatoriamente, uma comunicação formal ao Proponente, justificando a recusa, devidamente fundamentada.

8.7 Aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá e disponibilizará ao Segurado a Apólice, em até 15 (quinze) dias a partir da data de sua aceitação.

8.8 Se o Segurado, por si ou por quaisquer de seus Representantes, de má-fé, prestar informações inexatas na formação do contrato ou omiti-las, o Seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação da informação inexata ou omitida aconteça quando ocorrer algum evento que estaria coberto pela Apólice.

8.8.1 Se a inexatidão ou omissão na informação, por qualquer motivo, não resultar de má-fé do Segurado, deverá ser considerado o disposto no item *Perda de Direito* destas Condições Gerais.

9. VIGÊNCIA DO SEGURO

9.1 O prazo de vigência para este seguro encerra-se quando o Segurado completar 70 (setenta) anos de idade.

9.2 A Apólice e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicados.

9.2.1 Nos Contratos de Seguro assinados pelo Proponente ou por seu Representante Legal, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da Proposta.

9.3 O primeiro prêmio emitido corresponderá à cobertura do risco contratado a partir do início de vigência da Apólice, até o final do período equivalente à periodicidade de pagamento escolhida (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual).

9.3.1 Cada prêmio emitido seguinte terá seu início de vigência correspondente da cobertura do risco contratado no dia subsequente ao fim de vigência do prêmio anterior, que vigorará até o final do período equivalente à periodicidade de pagamento escolhida (mensal, bimestral, trimestral semestral ou anual).

10. CAPITAL SEGUADO

10.1 Entende-se como Capital Segurado o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao Segurado, para a Cobertura contratada no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

10.2 Nos Seguros de Pessoas, o Capital Segurado é livremente estipulado pelo Segurado e preenchido na Proposta de Contratação, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

10.3 Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional, estando vedada à utilização de qualquer outra unidade monetária.

10.4 O valor da indenização, no momento do sinistro, não poderá ultrapassar o valor do Capital Segurado estipulado na Proposta de Contratação, salvo em caso de atualização monetária (reajuste) ou mora da Seguradora.

10.5 O valor do Prêmio e do Capital Segurado serão atualizados monetariamente conforme disposto no item *Atualização Monetária*.

10.6 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

10.7 A data da invalidez funcional permanente e total por doença será determinada 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.

10.8 Alteração do Capital Segurado:

10.8.1 O Segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os Prêmios pagos em dia, a alteração do Capital Segurado, que será formalizada por meio de Proposta de Alteração submetida à Seguradora.

10.8.2 A aceitação da alteração de Capital Segurado estará sujeita à análise de risco, conforme previsto no item de *Aceitação do Seguro* destas Condições Gerais. Esta alteração somente produzirá efeito após a aceitação formalizada por meio de Endosso e emissão do novo prêmio correspondente ao Capital Segurado alterado.

10.8.3 Sobre o aumento de Capital Segurado solicitados após o início de Vigência, será aplicado o prazo de Carência sobre a diferença do Capital Segurado aumentado, conforme previsto no item *Carência* destas Condições Gerais.

10.8.4 É vedada a redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado, sem solicitação expressa do Segurado.

10.9 Caso existam outras coberturas na mesma Apólice que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente para apuração da indenização devida limitada ao respectivo Capital Segurado contratado.

11. PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1 O Segurado deverá efetuar o pagamento integral de cada prêmio de acordo com o meio de pagamento selecionado na Proposta de Contratação, sendo de sua inteira responsabilidade garantir a comprovação de que todos os prêmios foram pagos de forma correta.

11.1.1 A comprovação do pagamento, quando necessária, ocorrerá por meio do envio de um documento suporte comprobatório, referente a qualquer um dos meios de pagamento disponíveis. Neste caso, caberá à CAPEMISA verificar as informações junto à instituição de cobrança conveniada.

11.2 Quando o meio de pagamento selecionado na Proposta de Contratação for averbação em folha de pagamento, deverão ser observados os critérios elencados a seguir:

11.2.1 Caso o pagamento do prêmio do plano contratado seja processado com sucesso, e em seu valor integral, pelo consignante na folha de pagamento do Segurado, a ausência de repasse à CAPEMISA desses prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar prejuízo ao Segurado ou respectivos Beneficiários, no que se refere à cobertura prevista nessas Condições Gerais e demais direitos oferecidos na Apólice.

11.3 Quando o meio de pagamento selecionado na Proposta de Contratação for boleto bancário, este ficará disponível no ambiente digital do Segurado e/ou será enviado pela CAPEMISA por correspondência física ou eletrônica, com antecedência de, pelo menos, 10 (dez) dias da data de seu vencimento, exceto para o boleto referente a primeira parcela, que será disponibilizado com antecedência de 05 (cinco) dias para o vencimento.

11.3.1 O Segurado que não receber o boleto bancário, deverá entrar em contato, imediatamente, com a Central de Relacionamento CAPEMISA e/ou outros canais de atendimento disponíveis.

11.4 Quando o meio de pagamento selecionado na Proposta de Contratação for débito em conta, é responsabilidade do Segurado efetuar e manter a autorização do débito junto à instituição bancária, bem como saldo suficiente em conta para a efetivação do referido débito.

11.5 Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do Segurado manter os dados atualizados do cartão para garantir o correto lançamento da cobrança.

11.6 Caso o prêmio do Seguro contratado não seja pago, ou o pagamento esteja abaixo do valor integral devido, poderá a CAPEMISA efetuar cobrança de forma alternativa ou complementar do valor que integre a totalidade do prêmio devido.

11.6.1 Em caso de a cobrança alternativa ou complementar via débito em conta, ela será efetuada conforme autorização expressa do Segurado na Proposta de Contratação ou em formulário de autorização para débito em conta.

11.6.2 No caso de a cobrança alternativa ou complementar não funcionar, o contrato será considerado inadimplente e o Segurado sujeito às ações de cobrança, além de estar apto ao

cancelamento por parte da Seguradora de acordo com as regras definidas nessas Condições Gerais.

11.7 O Segurado que desejar alterar o meio de pagamento deverá entrar em contato com a Central de Relacionamento CAPEMISA e/ou outros canais de atendimento disponíveis e verificar as alternativas disponíveis para formalizar a alteração.

11.8 O valor do Prêmio inicial do Seguro será estabelecido conforme o Capital Segurado definido, o que constará da Proposta de Contratação.

11.9 O valor do Prêmio Inicial é calculado multiplicando o valor do Capital Segurado Contratado pela taxa comercial correspondente à idade do Segurado, na data de assinatura da Proposta de Contratação.

11.10 O prêmio poderá ser pago de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação.

11.10.1 Para forma de pagamento através de desconto em folha, a periodicidade de pagamento ficará restrita a periodicidade prevista no convênio firmado junto ao ente conveniado.

11.11 O valor do Prêmio e do Capital Segurado serão atualizados monetariamente conforme disposto no item *Atualização Monetária*.

11.12 Além da atualização monetária, o valor do prêmio sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do Segurado e consequente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma de lei, conforme disposto no item *Reenquadramento do Prêmio por Idade*.

11.13 Se a data de vencimento da cobrança para o pagamento do prêmio coincidir com o dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

11.14 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro vigente até o último dia do período de cobertura a que o prêmio se refere.

11.15 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento não quita os eventuais débitos de prêmio(s) anterior(es) em aberto.

11.16 Os valores devidos a título de devolução de prêmios pela Seguradora, estritamente enquadrados nos subitens abaixo, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva pelo índice estabelecido no item *Atualização Monetária*, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

11.16.1 No caso de cancelamento do Seguro, os valores que se trata neste item serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

11.16.2 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores que se trata neste item serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

11.16.3 No caso de nulidade do Contrato de Seguro não decorrente de má-fé, os valores que se trata neste item serão exigíveis a partir da data que se comprova a nulidade do contrato.

11.17 Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso pelo Segurado serão acrescidos de atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item *Atualização Monetária*, a partir da data em que se tornarem exigíveis, multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% a.m. (um por cento ao mês), ou sua equivalente diária.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

12.1 Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, durante a vigência do Seguro, no aniversário de vigência da Apólice, pelo IPCA-IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado dos 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao mês de aniversário de vigência da Apólice.

12.1.1 Caso a variação anual do IPCA-IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) seja negativa, não será aplicado atualização monetária sobre o prêmio e o Capital Segurado.

12.2 Para a hipótese de não ser possível seguir os procedimentos de atualização monetária previstos nesta Condição Geral, em virtude da edição de lei ou medida governamental que altere os critérios de atualização monetária, o Segurado e a Seguradora ajustam as seguintes disposições:

12.2.1 Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA-IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado o índice que vier a substituí-lo.

12.2.2 A atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro cessará apenas no caso em que essa atualização venha a ser vedada pela Lei; ou

12.2.3 Se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada conforme deliberação do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

13. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR IDADE:

13.1 Além da atualização monetária, o valor do prêmio sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de idade do Segurado e consequente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano, na forma de lei.

13.2 No mês de aniversário da Apólice, o respectivo prêmio será automaticamente ajustado com o percentual correspondente a nova idade do participante, estabelecido na tabela abaixo:

Idade	% de Reajuste	Idade	% de Reajuste	Idade	% de Reajuste
16	0,00%	34	4,90%	52	12,68%
17	0,00%	35	6,00%	53	12,87%
18	0,00%	36	5,97%	54	13,00%
19	0,00%	37	6,82%	55	13,11%
20	0,00%	38	7,50%	56	13,18%
21	0,00%	39	8,01%	57	13,32%
22	0,00%	40	8,37%	58	13,37%
23	0,45%	41	9,05%	59	13,45%
24	0,89%	42	9,51%	60	13,53%
25	0,88%	43	9,98%	61	13,55%
26	1,75%	44	10,42%	62	13,61%
27	1,29%	45	10,81%	63	13,64%
28	2,12%	46	11,13%	64	13,67%
29	2,49%	47	11,62%	65	13,69%
30	2,83%	48	11,74%	66	13,74%
31	3,54%	49	12,09%	67	13,75%
32	3,80%	50	12,20%	68	13,77%
33	4,76%	51	12,53%	69	13,78%

14. PRAZO DE TOLERÂNCIA

14.1 Caso o Segurado não efetue à Seguradora o pagamento dos prêmios até a data do seu vencimento, fica garantido o direito à cobertura desde que o atraso no pagamento do prêmio, contado a partir do recebimento da notificação, ou a sua recusa ou frustração, não ultrapasse 90 (noventa) dias, sendo esse período denominado Prazo de Tolerância.

14.2 Se o prêmio não for pago até a data estabelecida, conforme disposto no item *Pagamento do Prêmio*, o Segurado poderá pagar posteriormente o prêmio em atraso acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios iguais a 1% a.m. (um por cento ao mês) e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse o prazo estabelecido no item 14.1.

14.3 O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado é o índice definido no item *Atualização Monetária*.

14.4 Caso o Segurado permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento integral dos prêmios pagos) por período superior ao estabelecido no item 14.1, a Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

14.5 No caso da ocorrência do sinistro durante o Prazo de Tolerância, se constatado o direito à indenização, a mesma será paga deduzida dos prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios iguais a 1% a.m. (um por cento ao mês) e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*.

15. PERDA DE DIREITO

15.1 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela Seguradora, que silenciou de má-fé.

15.1.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo Segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

- a) Cancelar o seguro;
- b) Restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
- c) Cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

15.2 O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

15.3 Se o Segurado, por si, por seu Representante ou Corretor de Seguros, de má-fé, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, perderá a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

15.3.1 Considera-se doenças preexistentes todas e quaisquer doenças e/ou lesões preexistentes que o Segurado tenha conhecimento antes da contratação do Seguro.

15.3.2 É dever do Segurado e/ou seu representante informar à Seguradora as doenças e/ou lesões preexistentes durante o processo de contratação do seguro.

15.3.3 Não haverá cobertura sobre qualquer doença e/ou lesões preexistentes que seja de conhecimento do Segurado e que não tenha sido comunicada na Proposta ou na Declaração Pessoal de Saúde, por ele e/ou seu representante.

15.4 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, de seu representante, ou do Corretor de Seguros, a Seguradora deverá:

15.4.1 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o seguro, se o risco for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ocorrendo a restituição dos prêmios pagos pelo Segurado; ou
- b) Permitir a continuidade do seguro, reduzindo proporcionalmente o Capital Segurado contratado ao prêmio pago considerando as informações anteriormente não reveladas.

15.4.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) Cancelar o seguro, se o risco for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ocorrendo a restituição dos prêmios pagos pelo Segurado; ou
- b) Pagar o Capital Segurado, reduzido proporcionalmente ao prêmio pago, considerando as informações anteriormente não reveladas.

15.4.3 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

- a) Cancelar o seguro, se o risco for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ocorrendo a restituição dos prêmios pagos pelo Segurado; ou
- b) Pagar o Capital Segurado, reduzido proporcionalmente ao prêmio pago, considerando as informações anteriormente não reveladas.

15.4.4 O(s) Beneficiário(s) ou o Interessado deverão comunicar prontamente à CAPEMISA SEGURADORA S/A a ocorrência ou a iminência de sinistro, por qualquer meio idôneo, bem como deverá prestar todas as informações de que disponha acerca do evento, suas causas e consequências, sempre que solicitado pela Seguradora, de modo a colaborar com a adequada regulação do sinistro.

15.4.5 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer, se houver.

15.5 Caso a Cobertura seja enquadrada como tecnicamente impossível durante a vigência do contrato, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o contrato será extinto, com a previsibilidade da devolução dos prêmios pagos após a data de conhecimento do risco impossível, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

15.6 O contrato será considerado nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco coberto é impossível ou já se realizou, sendo devido o dobro do valor do prêmio pago à parte que não tiver o conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco.

15.7 Será considerada nula a garantia relativa a evento decorrente de ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou por Representante de um ou de outro, não cabendo qualquer pagamento de indenização. A nulidade da garantia não se aplica quando o ato doloso for praticado por Representante do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) em prejuízo destes, desde que o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não tenham conhecimento do ato doloso, hipótese em que o direito à indenização será preservado.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 O não pagamento do Prêmio por parte do Segurado nos prazos estipulados na Proposta de Contratação poderá acarretar o cancelamento automático do Seguro, se após notificado, não houver regularizado a adimplência do prêmio antes de completar o período estabelecido no item Prazo de Tolerância.

16.1.1 A notificação a que se refere o item anterior poderá ser feita por meio de carta, e-mail, SMS ou qualquer outro meio físico ou digital disponível ao cliente, resguardada a sua privacidade.

16.1.2 Caso o Segurado não regularize a sua inadimplência até o último dia estabelecido no item *Prazo de Tolerância*, a Seguradora ficará integralmente liberada do pagamento do sinistro ocorrido a partir de então.

16.2 O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.

16.3 O seguro será cancelado se o Segurado agravar intencionalmente o risco.

16.4 A Cobertura contratada na Apólice cessará automaticamente para o Segurado:

- a) Com o cancelamento da Apólice por qualquer motivo definido nestas Condições Gerais;
- b) Com a morte do Segurado;
- c) Ao completar 70 (setenta) anos de idade;
- d) Com a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado.

16.5 Não obstante o disposto no subitem anterior, a cobertura do Segurado vigorará até o fim da vigência correspondente ao último prêmio pago pelo Segurado, observando o disposto no item *Prazo de Tolerância*.

16.6 A contratação do Seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução SOMENTE do prêmio pago referente ao período a decorrer que não tenha se iniciado até a data de solicitação do cancelamento, se houver.

16.7 Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença, conforme definido nessas Condições Gerais:

- a) A(s) Apólice(s) contratada(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente caso existam outras coberturas vigentes na(s) Apólice(s);
- b) Não haverá a possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura.

16.8 Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente por Doença, o pagamento da Indenização extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença, eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento da Indenização, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

17. OBRIGAÇÕES

17.1 Obrigações da Seguradora

- a) Guardar na conclusão e na execução da Apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes.
- b) Prestar aos Segurados, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do Seguro.

17.2 Obrigações do Segurado

17.2.1 O Segurado deverá observar, na celebração e na execução do contrato de seguro, os princípios da boa-fé objetiva, da cooperação mútua e da transparência.

17.2.2 São obrigações do Segurado:

- a) Agir com boa-fé e veracidade, prestando informações completas e corretas sobre o objeto do seguro, suas circunstâncias e quaisquer declarações relacionadas à Apólice, tanto no momento da contratação quanto durante sua vigência.
- b) Comunicar à Seguradora, tão logo tenha conhecimento, qualquer fato que possa agravar de forma relevante o risco coberto, sob pena de perda do direito à cobertura contratada, caso fique comprovada a omissão dolosa.
- c) Informar previamente à Seguradora sobre mudanças relevantes que possam impactar o risco Segurado, tais como:
 - I - Mudança de profissão ou atividade;
 - II - Alteração de residência fixa para outro país;

III - Prática de esportes violentos ou de risco voluntário, incluindo, mas não se limitando a: esportes aéreos, esportes náuticos motorizados, lutas e artes marciais, competições automobilísticas, atividades amadoras ou profissionais a bordo de aeronaves de qualquer tipo, ou em ambientes insalubres e/ou perigosos.

d) Ao tomar ciência do sinistro, o Segurado ou Beneficiário deverá:

I - Avisar prontamente a Seguradora, por qualquer meio idôneo, e seguir suas instruções;

II – Prestar todas as informações disponíveis sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que solicitado pela Seguradora.

17.2.3 Caso o Beneficiário, ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de um sinistro, fizer de má-fé, declarações inexatas ou omitir circunstâncias, inclusive da sua ocorrência, que possam influir em relação às obrigações previstas nestas Condições Gerais, poderá perder o direito ao Capital contratado, sendo devida a eventual dívida de prêmio do Segurado e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, correspondente aos prejuízos que resultarem diretamente dessa omissão, conforme estabelece a legislação em vigor.

17.2.4 Caso o Beneficiário, ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de um sinistro, não fizer de má-fé, declarações inexatas ou omitir circunstâncias, inclusive da sua ocorrência, que possam influir em relação às obrigações previstas nestas Condições Gerais, poderá perder o direito ao Capital contratado correspondente aos prejuízos que resultarem diretamente dessa omissão, conforme estabelece a legislação em vigor.

18. BENEFICIÁRIOS

18.1 O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado, designado para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização que lhe seria devida, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

18.2 Em caso de ato de indignidade cometido pelo Beneficiário contra o Segurado, não prevalecerá a indicação daquele.

19. REGULAÇÃO DE SINISTROS

19.1 Em caso de ocorrência de sinistro, para pagamento da indenização, o Segurado deverá apresentar à Seguradora, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado, definidos neste item.

19.1.1 O(s) sinistro(s) ocorrido(s) deverá(ão) ser informado(s) à CAPEMISA, imediatamente quando do seu conhecimento, podendo ser feito:

- a) Por meio do portal do cliente, utilizando a função específica para aviso de sinistros, encontrado no site institucional da CAPEMISA;
- b) Por escrito, por meio de carta para os endereços constantes do site institucional da CAPEMISA,
- c) Por e-mail para o endereço eletrônico apoio.sinistros@CAPEMISA.com.br ou;
- d) Presencialmente, em uma de nossas Sucursais.

19.2 As Indenizações, de acordo com o plano de Seguro contratado, serão pagas sob a forma de pagamento único.

19.3 A Seguradora analisará a cobertura do sinistro no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos previstos no item 19.15. Confirmada a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo adicional de até 30 (trinta) dias, conforme estabelecido na legislação em vigor.

19.4 Caso o prazo legal máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no subitem 19.5, implicará sobre o valor da Indenização:

19.4.1 Atualização Monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice determinado no item *Atualização Monetária*, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

19.4.2 Multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% a.m. (um por cento ao mês), proporcionais ao dia para cada mês de atraso.

19.4.3 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.

19.5 Solicitados documentos complementares dentro do prazo legal, o prazo para manifestação da Seguradora acerca da cobertura e/ou para o pagamento da indenização ou do Capital estipulado ficará suspenso, por, no máximo, 2 (duas) vezes, para contratos cuja importância segurada seja superior a 500 (quinhentas) vezes o valor do salário mínimo vigente, ou, no máximo 1 (uma) vez para contratos cuja importância segurada não exceda 500 (quinhentas) vezes o valor do salário mínimo vigente, reiniciando-se sua contagem no primeiro dia útil subsequente ao atendimento da solicitação.

19.6 Fica estabelecido que qualquer pagamento de indenização, somente passa a ser devido depois que os prêmios referentes ao período coberto tiverem sido pagos integralmente, incluindo o período de risco da ocorrência do sinistro, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança, salvo o definido no item *Prazo de Tolerância*.

19.7 Os prêmios eventualmente pagos para cobertura do período de risco posterior a ocorrência do sinistro, serão devolvidos e sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva pelo índice estabelecido no item *Atualização Monetária*.

19.8 No caso da ocorrência do sinistro durante o Prazo de Tolerância, se constatado o direito à Indenização, esta será paga deduzida dos prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios iguais a 1% a.m. (um por cento ao mês) e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*.

19.9 Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio pago para fins de verificação da cobertura.

19.10 A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

19.10.1 É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

19.11 Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

19.12 A Seguradora não participará das despesas decorrentes de medidas de contenção ou de salvamento para evitar sinistro iminente ou atenuar seus efeitos, ainda que realizadas por terceiros, ficando sob inteira responsabilidade do Segurado tais custos. Esta disposição

prevalece sobre o previsto no art. 67 da Lei nº 15.040/2024, uma vez que não há limite de cobertura pactuado para tais despesas neste contrato.

19.13 Correm por conta exclusiva da CAPEMISA SEGURADORA S/A todas as despesas necessárias à regulação e à liquidação do sinistro, ressalvadas aquelas relativas à obtenção, pelo Segurado, Beneficiário(s) ou Interessado, dos documentos previamente definidos para comunicação da ocorrência, comprovação de identificação e legitimidade, inclusive a realização de junta médica, no que se refere a indicação do seu perito e a metade do desempatador, bem como de outros documentos que ordinariamente estejam em seu poder.

19.14 Considera-se como data do evento, ou data de exigibilidade, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros:

a) **Invalidez Funcional Permanente por Doença:** a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

19.15 Na ocorrência do sinistro, o(s) Beneficiário(s) e/ou seu Representante Legal deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir para cada tipo de Evento Coberto:

a) **INVALIDEZ**

- RG ou outro documento de identificação do comunicante
- CPF do comunicante
- Formulário de aviso de sinistro
- RG ou outro documento de identificação do Segurado(a)
- CPF do Segurado(a)
- CNH do Segurado(a) caso o Segurado seja condutor do veículo envolvido no acidente causador da invalidez
- Comprovante de endereço do Segurado(a)
- Dados bancários do Segurado(a)
- Declaração de Residência
- Laudo médico com indicação do percentual da invalidez emitido após alta médica e fisioterápica definitivas
- Prontuário médico completo desde a data de caracterização da doença até a data atual ou desde a data do primeiro atendimento médico para o acidente até a data atual
- Exames realizados acompanhados dos respectivos laudos conclusivos.
- Carta de concessão do INSS
- CAT - Comunicação do acidente de trabalho

- Boletim de ocorrência policial
- Laudo do IML
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico
- Inquérito policial
- Comprovante de vínculo com estipulante
- GFIP ou Guia FGTS digital
- Documento XML do evento S-2200 (Admissão) do e-Social
- Relação de empregados desligados com data de desligamento
- Relação de empregados afastados com data de admissão e data do afastamento
- Relação de participantes do evento
- Certidão de tutela ou curatela
- RG ou outro documento de identificação do responsável legal do Beneficiário
- CPF do responsável legal do Beneficiário
- Comprovante de residência do responsável legal do Beneficiário
- Procuração autenticada
- RG ou outro documento de identificação do Procurador
- CPF do Procurador
- Outros

20. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

20.1 O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

20.2 Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez ou incapacidade que se enquadre com o conceito coberto por este plano de Seguro.

20.3 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.

20.4 A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.

20.5 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.

20.6 As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

20.7 As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

20.8 Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o pagamento da Indenização extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento da Indenização, serão devolvidos, atualizados monetariamente.

21. JUNTA MÉDICA

21.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da invalidez relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita ou via e-mail, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

21.2 A junta médica de que trata o item anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

21.3 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.

21.4 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.

22. REGIME FINANCEIRO

Considerando-se que o plano de Seguro em questão é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, não haverá concessão de resgate, saldamento ou devolução de prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear as indenizações dos sinistros ocorridos no mesmo período, estimados pelo risco de ocorrência do evento coberto, não havendo, portanto, a constituição de reserva matemática.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Representante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

24. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas a Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do sinistro.

25. FORO

Será competente para dirimir quaisquer pendências ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso ou o da sede da Seguradora.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

26.1 A aceitação da Proposta estará sujeita à análise do risco pela CAPEMISA.

26.2 O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

26.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

26.4 Fica entendido e acordado que no presente Seguro os tributos serão pagos por quem a lei vigente determinar.