

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
PARA PEQUENA E MÉDIAS EMPRESAS - PME
CONDIÇÕES GERAIS

1 - OBJETIVO DO SEGURO

Este Seguro destina-se a garantir até o limite do capital segurado, o pagamento de uma indenização, na ocorrência de um dos eventos cobertos.

2 GARANTIAS DO SEGURO

As garantias dividem-se em “**básica**” e “**adicionais e Suplementares**”.

21 GARANTIA BÁSICA – A garantia básica é a de **Morte Natural** ou **Acidental**, de contratação obrigatória.

22 GARANTIA ADICIONAIS – As garantias adicionais são opcionais:

- **MA** – Morte Acidental;
- **IPDF** – Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença;
- **IPA** – Invalidez Permanente Total e Parcial por Acidente;

23 GARANTIAS SUPLEMENTARES – As garantias suplementares são:

- **IAC** – Inclusão automática de Cônjuge;
- **IAF** – inclusão automática de filhos.

3- DESCRIÇÃO DAS GARANTIAS

3.1 – MA – Morte Acidental – É a garantia do pagamento de uma indenização aos Beneficiários indicados pelo Segurado, no caso de Morte Acidental.

3.2 – INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – (IPDF) tem por objetivo garantir ao Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item ***Dos Riscos Cobertos***, desta Cláusula, exceto se decorrente de **Riscos Excluídos** e observadas as disposições do item ***Do Cancelamento do Seguro*** e as constantes das **Condições Contratuais**.

3.2.1 - Da Cobertura

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

3.2.2 - Dos Riscos Cobertos

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

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) Deficiências visuais, decorrentes de doença:

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

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

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

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

3.2.3 - Dos Demais Riscos Cobertos

Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

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

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

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

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

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

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

3.2.4 - ALÉM DOS RISCOS OBSERVADOS AS CONDIÇÕES DE EXCLUSÃO PREVISTA NA CLÁUSULA Nº 4, CONSIDERAM-SE TAMBÉM COMO EXCLUÍDOS, AINDA QUE REDUNDANDO EM QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE INVIABILIZE DE FORMA IRREVERSÍVEL O PLENO EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES AUTÔNOMICAS DO SEGURADO, COM PERDA DA SUA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE, OS ABAIXO ESPECIFICADOS:

A) A PERDA, A REDUÇÃO OU A IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA, DIRETA E OU INDIRETAMENTE, DE LESÃO FÍSICA E OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;

B) A INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA, ASSIM ENTENDIDA AQUELA PARA A QUAL NÃO SE PODE ESPERAR RECUPERAÇÃO OU REABILITAÇÃO COM RECURSOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DE SUA CONSTATAÇÃO, PARA O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE LABORATIVA EXERCIDA PELO SEGURADO;

C) OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS OCUPACIONAIS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS E AS DO TRABALHO, DE QUALQUER ORIGEM CAUSAL (ETIOLOGIA);

D) AS DOENÇAS EM GERAL, CUJA ETIOLOGIA POSSA GUARDAR ALGUMA RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO, DIRETA OU INDIRETA, EM QUALQUER EXPRESSÃO, COM ATIVIDADE LABORATIVA EXERCIDA PELO SEGURADO, EM QUALQUER TEMPO PREGRESSO;

E) AS DOENÇAS AGRAVADAS POR TRAUMATISMOS;

F) AS DOENÇAS NAS QUAIS SE DOCUMENTE ALGUMA INTERAÇÃO E OU INTERCORRÊNCIA RELACIONADAS A TRAUMATISMOS E OU EXPOSIÇÕES A ESFORÇOS FÍSICOS, REPETITIVOS OU NÃO, E OU A POSTURAS VICIOSAS;

G) OS QUADROS CLÍNICOS INCAPACITANTES, COM REPERCUSSÕES CLÍNICAS PARCIAIS QUE NÃO IMPLIQUEM EM PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO;

H) TODA E QUALQUER OUTRA CONDIÇÃO MÉDICA QUE NÃO SE ENQUADRE NOS CRITÉRIOS DEFINIDOS NO ITEM DOS RISCOS COBERTOS.

3.2.5 - Da Data do Sinistro

A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

3.2.6 - Do Não Reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, ASSIM COMO POR ÓRGÃOS DO PODER PÚBLICO E POR OUTRAS INSTITUIÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS, NÃO CARACTERIZA, POR SI SÓ, QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE COMPROVE A INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.

A AMERICAN LIFE 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.

3.2.7 - Da Junta Médica

NO CASO DE DIVERGÊNCIAS SOBRE A CAUSA, NATUREZA OU AVALIAÇÃO DO ESTADO DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA, A AMERICAN LIFE PROPORÁ AO SEGURADO, POR MEIO DE CORRESPONDÊNCIA ESCRITA, DENTRO DO PRAZO DE 15 (QUINZE) DIAS, A CONTAR DA DATA DA CONTESTAÇÃO DO SEGURADO, A CONSTITUIÇÃO DE JUNTA MÉDICA.

A JUNTA MÉDICA SERÁ CONSTITUÍDA POR 3 (TRÊS) MEMBROS, SENDO UM NOMEADO PELA AMERICAN LIFE, OUTRO PELO SEGURADO E UM TERCEIRO, DESEMPATADOR, ESCOLHIDO PELOS DOIS NOMEADOS.

CADA UMA DAS PARTES PAGARÁ OS HONORÁRIOS DO MÉDICO QUE TIVER DESIGNADO. OS DO TERCEIRO SERÃO PAGOS, EM PARTES IGUAIS, PELO SEGURADO E PELA AMERICAN LIFE.

O PRAZO PARA CONSTITUIÇÃO DA JUNTA MÉDICA SERÁ DE, NO MÁXIMO, 15 (QUINZE) DIAS, A CONTAR DA DATA DA INDICAÇÃO DO MEMBRO NOMEADO PELO SEGURADO.

3.2.8 - Das Despesas de Comprovação

As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela American Life, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a American Life tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

3.2.9 - Da Forma de Pagamento do Capital Segurado

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

3.2.10 - Do Cancelamento do Seguro

DESDE QUE EFETIVAMENTE COMPROVADA, POR SER A COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA UMA ANTECIPAÇÃO DA BÁSICA (MORTE), SEU PAGAMENTO EXTINGUE, IMEDIATA E AUTOMATICAMENTE, A COBERTURA PARA O CASO DE MORTE, BEM COMO O PRESENTE SEGURO. NESSA HIPÓTESE, OS PRÊMIOS EVENTUALMENTE PAGOS APÓS A DATA DO REQUERIMENTO DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO SERÃO DEVOLVIDOS, ATUALIZADOS MONETARIAMENTE.

NÃO RESTANDO COMPROVADA A INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA, O SEGURO CONTINUARÁ EM VIGOR, OBSERVADAS AS DEMAIS CLÁUSULAS DAS CONDIÇÕES GERAIS E, SE HOUVER, DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS, SEM QUALQUER DEVOLUÇÃO DE PRÊMIOS.

**ANEXO À CLÁUSULA ADICIONAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL
PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

**TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E
ESTRUTURAS 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 INTELLECTUAL 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 ESTRUTURAI S DO SEGURADO	1° 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
	2° 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
	3° 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
	1° GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS. FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

3.3 – GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

– É a garantia de pagamento ao próprio segurado de uma indenização na ocorrência de invalidez permanente total decorrente de lesão física ou funcional de membros ou de órgãos, causada por um acidente pessoal coberto, **observados os riscos excluídos descritos no item de nº 4 destas Condições Gerais, previstas e aferidas conforme tabela abaixo:**

3.3.1 - TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL.

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6	
- Menos de 3 (três) centímetros : sem indenização		
	PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
	A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela	

E R S A S	- Perda de um ovário	05	
	- Perda de dois ovários	15	
	- Perda do útero antes da menopausa	30	
	- Perda do útero depois da menopausa	10	
	PESCOÇO		
	- Estenose da faringe com obstáculo e deglutição	15	
	- Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
	- Traquesostomia definitiva	40	
	TÓRAX		
	APARELHO RESPIRATÓRIO		
	- Sequelas pós-traumática pleurais	10	
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)		
	- com função respiratória preservada	15	
	- com redução em grau mínimo da função respiratória	25	
	- com redução em grau médio da função respiratória	50	
	- com insuficiência respiratória	75	
	MAMAS (FEMININAS)		
	- Mastectomia unilateral	10	
	- Mastectomia bilateral	20	
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)		
	- Gastrectomia subtotal	20	
	- Gastrectomia total	40	
	INTESTINO DELGADO		
	- Ressecção parcial	20	
	- Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40	
	INTESTINO GROSSO		
- Colectomia parcial	20		
- Colectomia total	40		
- Colostomia definitiva	40		
RETO E ÂNUS			
- Incontinência fecal sem prolapso	30		
- Incontinência fecal com prolapso	50		
- Retenção anal	10		
FÍGADO			
- Lobectomia hepática sem alteração funcional	10		
- Lobectomia com insuficiência hepática	50		
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS			
- Epilepsia pós-traumática	20		
- Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20		
- Síndrome pós-concussional	05		

3312 - Como Invalidez Permanente, entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.

3.3.1.3 - Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.

3.3.1.4 - Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

3.3.1.5 - Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

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

3.3.1.7 A reintegração do capital segurado, no caso de indenização de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, será automática após a ocorrência do sinistro, salvo se a invalidez decorrer direta ou indiretamente do mesmo acidente.

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

3.3.1.9 - A Invalidez Permanente deve ser comprovada com a apresentação à American Life de declaração médica.

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

3.3.1.10 - No caso de menores de idade, a indenização por Invalidez Permanente será paga conforme a seguir:

a) pessoas de idade inferior a 16 (dezesseis) anos – a indenização será paga em nome do menor segurado, mediante alvará judicial.

b) pessoas de idade de 16 (dezesseis) a 18 (dezoito) anos, exclusive – a indenização será paga ao menor segurado, devidamente assistido por seu pai, mãe ou tutor.

34 - GARANTIA SUPLEMENTAR AUTOMÁTICA DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE –

A presente Cláusula garante exclusivamente ao Segurado principal o pagamento de uma indenização, de acordo com o capital segurado contratado para esta cláusula, no caso de falecimento do cônjuge.

Em nenhuma hipótese, o capital segurado garantido por esta cláusula poderá ser superior a garantia básica (morte natural ou acidental) do Segurado principal.

3.4.1 - Equiparam-se aos cônjuges as(os) companheiras(s), que vivam em união estável com o componente principal, tal como reconhecido na legislação civil. Não poderão participar desta cláusula suplementar os cônjuges e companheiros(as) que já façam parte do grupo segurado como componentes principais.

3.4.1.1 - Estão cobertos por esta cláusula suplementar, todos os cônjuges dos componentes principais em caso de Morte Natural ou Acidental.

3.4.2 - BENEFICIÁRIO DO CÔNJUGE – A indenização por morte devida por esta cláusula suplementar de cônjuge, será paga exclusivamente ao Segurado principal.

3.4.3 - TÉRMINO DE COBERTURA - A garantia suplementar concedida pela presente cláusula cessará:

- a) a pedido do Segurado principal;
- b) com o pagamento da indenização ou das indenizações garantidas pela presente cláusula.

35 - GARANTIA SUPLEMENTAR AUTOMÁTICA DE INCLUSÃO DE FILHOS

A presente cláusula será contratada somente em conjunto com a cláusula suplementar de cônjuge e garante exclusivamente ao Segurado principal o pagamento de uma indenização, de acordo com o capital segurado contratado para esta cláusula, no caso de falecimento do(s) filho(s) segurado(s).

3.5.1 - Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado componente principal para efeito desta cláusula.

3.5.2 - Não poderão participar desta cláusula suplementar os filhos que já façam parte do grupo segurável de Segurados principais.

3.5.3 - O capital segurado da Garantia básica (Morte Natural ou Acidental) do(s) filho(s) não poderá exceder em hipótese alguma, ao limite constante na Proposta do Seguro, observado o sub-item abaixo.

3.5.4 - Em se tratando de menores de 14 (quatorze) anos o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que deverão ser comprovadas mediante entrega dos comprovantes originais específicos, observando-se que:

- a) incluem-se entre as despesas com o funeral as havidas com o traslado;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos, carneiros, paramentos, missas e atos religiosos em geral.

3.5.5 - Estão cobertos por esta cláusula, todos os filhos dos componentes principais em caso de Morte Natural ou Acidental dos mesmos.

3.5.6 - A participação é automática e estão abrangidos pelo presente Seguro, todos os filhos dos segurados principais.

3.5.7 - A garantia concedida nesta cláusula começará a vigorar na data do início da cobertura do Segurado principal, para os filhos admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo, ou na data da inclusão desta cláusula se esta for incluída após o início de vigência do Seguro.

3.5.8 - A garantia concedida pela presente cláusula cessará:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da presente cláusula;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado principal;
- c) com a Morte Natural ou Acidental, ou ainda, a Invalidez Permanente Total por Doença do Segurado principal;
- d) com o cancelamento da cláusula suplementar automática de inclusão de cônjuges.

4 - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

- do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- de atos ou operações de guerra, declarados ou não, tais como: guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- quaisquer doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na Declaração Pessoal de Saúde;
- das infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- anomalias congênitas, com manifestação a qualquer época;
- do tratamento ambulatorial ou cirúrgico para esterilidade, fertilidade e mudança de sexo;
- tratamento clínico e cirúrgico para obesidade, estética;
- hospitalização para exames médicos e laboratoriais de avaliação periódica;
- de tratamento dentário ou perda de dentes e os danos estéticos ou reparadores, inclusive decorrentes de cirurgias plásticas, pela sua natureza compensatória.
- de Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- de atos terroristas, as perdas e danos direto ou indiretamente causados, cabendo a American Life, comprovar com documentação hábil, acompanhada de

laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

- de danos morais, independentemente do motivo, decorrente de ação judicial, extrajudicial ou composição.
- de lucros cessantes decorrentes de paralisação profissional temporária ou definitiva.
- de perdas e danos, ainda que direta ou indiretamente relacionados com as garantias contratadas.
- **EPIDEMIAS, RECONHECIDAS PELO PODER PÚBLICO.**

4.1 - Também estão expressamente excluídos das garantias de Morte Acidental e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, além dos riscos mencionados acima:

- Os acidentes pessoais ocorridos em consequência:
 - a) Do suicídio ou a tentativa de suicídio, nos dois primeiros anos de vigência inicial do contrato de seguro ou de sua recondução depois de eventual suspensão, conforme artigo 798 do Código Civil;
 - b) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do estipulante;
 - c) de furacões, ciclones, terremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - d) do agravamento voluntário do risco, exceto se decorrente de atos de humanidade ou de auxílio de outrem;
 - e) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
 - f) do ato doloso do Segurado, do Beneficiário, ou do representante de um ou de outro;
 - g) da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, e ainda:
 - qualquer tipo de hérnia e suas consequências, em especial a hérnia discal, exceto quando decorrente de acidente pessoal;
 - a gravidez, o parto, o aborto provocado ou não e suas consequências, exceto quando decorrente de acidente pessoal;
 - as anomalias congênitas, com manifestação a qualquer época;
 - o tratamento e intercorrências médico-hospitalares para esterilidade, fertilidade e mudança de sexo;
 - as intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de um acidente pessoal, coberto pelo presente Seguro.
 - o choque anafilático e suas consequências, exceto quando decorrente de acidente pessoal.

5 – Âmbito Geográfico da Cobertura: Este seguro terá cobertura em todo o globo terrestre.

6 – ACEITAÇÃO DO SEGURO

A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. Caberá à American Life fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique, a proposta recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

6.1 – Poderão ser incluídos no seguro os interessados que tenham idades mínima de 14 anos, e máxima de 65 anos, desde que se encontrem em boas condições de saúde e em plena atividade física e laboral, na data do início de vigência de cada seguro;

6.2 – O cartão-proposta de seguro individual, será preenchido e assinado obrigatoriamente pelo próprio segurado, incluindo a DPS – Declaração Pessoal de Saúde que será encaminhada a **American Life**, e conterá cláusula em que o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais;

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

6.4 – A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez durante o prazo do item anterior. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação;

6.5 – Caso a American Life não se pronuncie no prazo de 15 dias, a aceitação será tácita;

6.6 – Uma vez aceita a proposta, a vigência de cada seguro individual terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do protocolo da proposta junto à American Life, condicionado ao prévio pagamento do prêmio total ou inicial.

6.7 – Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o valor do adiantamento é devido ao proponente no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dia corridos, deduzido da parcela “*pro rata temporis*” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

6.8 – A recusa da proposta ou cartão-proposta individual será comunicada por escrito ao Corretor de Seguros, ao Estipulante ou ao Proponente, de forma justificada;

6.9 – Aceito o risco, a American Life emitirá e enviará o certificado individual der seguro, tanto no início do contrato quanto em cada uma das renovações subsequentes.

7 – INCLUSÃO DE COMPONENTES

A inclusão dos segurados será feita por solicitação do sub-estipulante mediante a obrigatoria apresentação de cartão-proposta individual com Declaração Pessoa de Saúde para o seguro da seguinte forma:

- a) automática – quando o seguro abrange todos os componentes principais;
- b) facultativa – quando o seguro abrange somente os componentes principais que autorizarem sua inclusão, ou, cuja cobertura seja contratada por conta e ordem do Sub-estipulante.

7.1 - A inclusão de componentes dependentes far-se-á das seguintes formas, conforme declaração constante deste seguro:

- a) automática – quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges e/ou filhos dos componentes principais considerados dependentes pela legislação do Imposto de Renda.

7.2 – Novos Empregados (Capital Global): Para os empregados admitidos após o início de vigência do seguro, o direito às garantias constantes, somente terá início após completarem 90 (noventa) dias do registro na Empresa Contratante e desde que seu nome conste nas últimas 3 (três) relações relativas ao FGTS para o Ministério do Trabalho.

8 – CERTIFICADO INDIVIDUAL

Será enviado um certificado a cada segurado individual que tenha preenchido e assinado um cartão-proposta com Declaração Pessoal de Saúde e pedido de inclusão no seguro, contendo os seguintes elementos mínimos:

- ✓ data do início e término de vigência da cobertura individual;
- ✓ capitais segurados de cada cobertura nas garantias contratadas, além do prêmio total;

9 – INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL – Os prêmios serão pagos mensalmente, porém a vigência deste contrato de seguro é anual.

9.1 – o seguro terá início de vigência das apólices, certificados individuais e endossos às 24:00 horas das datas para tal fim neles indicadas.

9.2 – nas propostas de seguro que tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre o proponente e a American Life.

9.3 – nas propostas de seguro que tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial de prêmio, o início de vigência da cobertura se dará a partir da recepção da proposta pela American Life.

9.4 – Este seguro terá vigência de um ano e terá sua renovação automática, uma única vez.

9.5 – As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa, e poderão ser efetivadas quantas vezes sejam necessárias, desde que realizada pelo estipulante da apólice nos seguros coletivos, e tais renovações não impliquem em ônus ou dever aos segurados, ou redução de seus direitos.

9.6 – Na hipótese de alteração das condições originais da apólice, que implique ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver obrigatoriamente anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado, admitida para esta hipótese, mandato específico.

9.7 – **Caso a American Life não tenha interesse em renovar a apólice, comunicará aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias do final da apólice.**

9.8 – **A RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA NÃO SE APLICA QUANDO HOVER DESINTERESSE NA CONTINUIDADE DO PLANO, MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE, NO MÍNIMO, 60 (SESENTA) DIAS QUE ANTECEDAM O FINAL DA VIGÊNCIA DA APÓLICE.**

9.9 – **ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A AMERICAN LIFE A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.**

10 – CESSAÇÃO DA COBERTURA DE SEGURADO EMPREGADO

A cobertura individual do seguro cessará com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado principal e a Empresa Contratante, ainda que em razão de aposentadoria, tanto para Seguros contributários quanto para não contributários.

11 - CAPITAL SEGURADO

É o valor máximo expresso em moeda corrente nacional para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela American Life em caso de ocorrência de um sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento, **observado o disposto na cláusula nº 4.**

11.1 - Uniforme – O Capital Segurado é igual para todos os Segurados.

11.2 - Múltiplo Salarial – O Capital Segurado é igual a multiplicação do salário mensal do Segurado pelo fator contratado.

11.3 - Livre Escolha – Consiste na escolha do Capital Segurado pelo Sub-Estipulante ou pelo próprio Segurado, no ato da assinatura da proposta de seguro.

11.4 - Capital Global (Montante) – O valor da indenização individual terá por base o capital global contratado pelo Sub-Estipulante, relativo ao mês em que ocorrer o sinistro, dividido pelo número de Segurados ativos no cadastro da Seguradora, os quais foram informados pelo Sub-Estipulante através dos formulários mensais de “Movimento de Faturas”. O Capital Segurado individual será estabelecido na apólice.

Importante – Na adesão facultativa de Segurados, somente poderão ser contratados as formas de capital Uniforme e Livre Escolha

Se o sub-estipulante fizer a opção por Capital Global, o seguro obrigatoriamente será não contributivo.

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

Para a cobertura Básica (morte natural ou acidental): a data do falecimento;

Para a cobertura de Morte Acidental: a data do acidente;

Para a cobertura de IPDF: a data indicada na “Declaração Médica”, conforme estabelecido no item 3.2.5 da data do sinistro;

Para a cobertura de IPA: a data do acidente.

12 - REAJUSTE DO CAPITAL GLOBAL PRÊMIOS

O Sub-Estipulante poderá solicitar um aumento de capital segurado, conforme acordo sindical do piso da categoria, porém o teto manter-se-á fixo.

12.1 - Os capitais segurados e os custos mensais serão fixados em função das coberturas e tipo de capital contratados, constantes na tabela de vendas vigente.

13 – ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

Os capitais segurados e os prêmios relativos a este contrato de seguro poderão ser corrigidos anualmente, por ocasião da renovação do Seguro, tomando-se por base o **Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV)** até o mês anterior ao da renovação da apólice de seguro;

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

13.1 – Em qualquer caso, se a alteração implicar em ônus ou dever para os

segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

13.2 – Qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que o plano preveja cláusula de reavaliação de taxas de seguro, por implicar em ônus aos segurados, deverá observar o disposto no artigo 801 do Código Civil Brasileiro e art. 10 da Resolução CNSP 107/04 (art. 8º da Circular 317/06).

14 - NÃO ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Acidental não se acumulam. Se depois de pago uma indenização por Invalidez Permanente Acidental, verificar-se a morte do Segurado, dentro de 01 (um) ano, a contar da data do acidente e em consequência do mesmo, a American Life pagará a indenização devida pelo caso de Morte Acidental, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente Acidental, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga por Invalidez Permanente Acidental ultrapassar a indenização anterior para o caso de Morte Acidental.

Da mesma forma, não se acumulam as indenizações decorrentes de Morte Natural e de Morte Acidental, indicadas nas condições contratuais pactuadas.

15 – CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste contrato de seguro e de acordo com a declaração constante das condições Gerais e Especiais o custeio poderá ser contributário ou não contributário;

15.1 – CONTRIBUTÁRIO – Quando os segurados se responsabilizam pelo pagamento de prêmio;

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

15.1.2 – Nos casos em que houver participação do estipulante no pagamento dos prêmios individuais, o custeio será considerado como parcialmente contributário;

15.2 – NÃO CONTRIBUTÁRIO – Quando os segurados não se responsabilizam pelo pagamento de prêmios de seguro.

15.3 – QUANDO A OPÇÃO FOR A DE CAPITAL GLOBAL, OBRIGATORIAMENTE, O CUSTEIO SERÁ NÃO CONTRIBUTÁRIO.

16 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

Os prêmios para o custeio do seguro serão determinados pela aplicação das taxas de cada garantia contratada ao capital segurado e constarão dos anexos de fatura;

16.1 – A periodicidade de pagamento de prêmios poderá ser mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual e será definido na proposta de seguro;

16.2 – Quando a data-limite de pagamento de prêmios, prevista nos boletos de cobrança, ocorrer em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário;

16.3 – Fica eleito o Índice Geral de Preços de Mercado (IGP–M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) para as relações originárias deste contrato;

16.4 – Fica expressamente vedada ao estipulante à cobrança aos segurados individuais de taxa de inscrição ou de intermediação ou a qualquer outro título;

16.5 – Da mesma forma, fica vedado ao estipulante recolher dos segurados individuais, a título de prêmio de seguro contratado, qualquer outro valor além do fixado pela American Life;

16.6.1 – Caso o estipulante efetue cobrança, juntamente com o prêmio do seguro de qualquer outra quantia que lhe for devida, seja a que título for, no documento utilizado na cobrança, o estipulante se obriga a destacar o valor do prêmio individual do seguro contratado;

16.6 – Na cobrança de prêmio de seguros, caso o estipulante não receba boleto de cobrança até a data de vencimento e desde que não tenha havido cancelamento do contrato, é direito do estipulante e do segurado, efetuar o pagamento mediante depósito bancário na conta-corrente da American Life, que será fornecida mediante solicitação expressa e específica.

16.7 – Os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

17. – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Em todos os seguros contratados, se o sub-estipulante deixar de pagar ou repassar a American Life, nos prazos previstos nos boletos de cobrança bancária, os prêmios contratados, haverá imediata e automática suspensão do seguro e de suas garantias, independentemente de qualquer notificação ou ato formal de constituição em mora, não respondendo a American Life pela responsabilidade de indenização de eventos cobertos ocorridos durante esse período de suspensão;

17.1 Ocorrendo à hipótese de suspensão, é vedada a cobrança de prêmio em atraso.

17.2 – Nos seguros contributários se a inadimplência consecutiva de quaisquer segurados atingir a 03 (três) pagamentos, ou depois de decorridos 90 (noventa) dias de qualquer parcela em atraso, o seguro será automaticamente cancelado;

17.3 – Na hipótese de ser admitida a reabilitação da apólice, ao exclusivo juízo da American Life, a cobertura securitária reiniciar-se-á às 24:00 horas da data de

pagamento do prêmio, e nas hipóteses de seguros com prêmios postecipados, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

18 – CANCELAMENTO DO SEGURO

- a) em qualquer caso, não será admitida a reabilitação do seguro, decorridos 90 (noventa) dias de atraso de qualquer pagamento de prêmio e o seguro estará automaticamente cancelado;
- b) com a morte ou Invalidez Permanente Total do Segurado;
- c) em caso de dolo, fraude, omissão ou culpa grave do Segurado, do beneficiário ou do representante legal de um ou do outro na contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;
- d) pelo sub-estipulante, desde que possua anuência de no mínimo três quartos do grupo segurado quando este se manifestar contrário à renovação automática prevista no item nº. 9. acima, observando o prazo ali estabelecido;
- e) por mútuo acordo entre as partes, American Life e sub-estipulante, desde que o Estipulante possua anuência de no mínimo três quartos do grupo segurado.
- f) pelo desaparecimento de vínculo entre o Segurado e o sub-estipulante, respeitado em qualquer caso, o período de vigência correspondente ao prêmio pago;

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

18.2 – No curso do período de vigência, o seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia de três quartos do grupo segurado.

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

- I – A American Life poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- II – quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a American Life reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto.

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365

46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

19 – RECÁLCULO DO PRÊMIO

Ao final de cada ano de vigência, será procedido a um recálculo dos prêmios de modo a incorporar as flutuações no grupo segurado atualizado à experiência atuarial do seguro, na data do recálculo;

19.1 – Com base no resultado a ser apurado nesse recálculo anual, se houver necessidade reajuste de taxas praticadas, os novos prêmios, decorrentes dessa nova taxa recalculada integrarão o contrato de seguro a partir do mês seguinte àquele em se der à comunicação formal ao estipulante.

19.2 – Em qualquer caso, se houver ônus ou dever para os segurados, a aplicação do recálculo do prêmio ficará condicionado a anuência prévia e expressa de três quartos do grupo segurado.

20 – EQUILÍBRIO ATUARIAL

A qualquer época e independentemente de prévia notificação, fica ajustado com o estipulante que se a sinistralidade apurada no contrato de seguro em questão for igual ou superior a 50% a American Life recalculará a taxa adequada a ser aplicada aos capitais segurados contratados de modo a restabelecer o equilíbrio atuarial desse contrato de seguro;

20.1 – Na falta de anuência por parte do sub-estipulante munido de cláusula mandato ou de três quartos do grupo segurado, na atualização de taxas e custos, buscando o equilíbrio atuarial, a American Life poderá tomar a iniciativa de um cancelamento unilateral, ainda que fora da época de renovação da apólice, em seus aniversários,

mediante comunicação expressa com a antecedência mínima de 60 (sessenta) dias consecutivos.

21 – DA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um sinistro coberto ou o agravamento do risco, o segurado, seu beneficiário ou sub-estipulante são obrigados a comunicar a American Life, tão logo o saiba, por fac-símile, e-mail, telegrama ou carta, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar provado que silenciou de má-fé.

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

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

21.3 – Ocorrendo o sinistro, em seguida, o segurado ou seu beneficiário deverão encaminhar cópia autenticada da documentação relacionada abaixo, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, fornecido pela American Life, totalmente preenchido e assinado pelo estipulante, pelo médico assistente e pelo próprio segurado ou por seu (s) beneficiário (s), dependendo da garantia reclamada;

21.4 - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO.

21.4.1 - Para todas as garantias contratadas:

- cópia autenticada das 04 (quatro) últimas guias de recolhimento do FGTS – GRE, em que conste o nome do Segurado principal relacionado ao documento anterior;
- cópia autenticada da segunda via do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Lei nº 4.923/65), protocolada pela Delegacia Regional do Ministério do Trabalho em prazo hábil;
- cópia autenticada da Ficha de Registro do Empregado – FRE, autenticada pela Delegacia regional do Ministério do Trabalho;
- cópia autenticada das folhas da Carteira de Trabalho do Segurado, em que constem as anotações relativas ao Empregador mais recente: data de admissão, data da baixa ou demissão, data do afastamento e do retorno ao trabalho, se for o caso.

21.4.1.1 - Morte Natural:

1. Aviso de Sinistro preenchido pelo estipulante e médico assistente do falecido, mediante carimbo e (CRM);
2. Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
3. Cópia Autenticada do RG e CPF do (segurado)

4. Cópia autenticada da Certidão de Nascimento e/ou casamento do falecido;
5. Comprovante de união estável quando se tratar de companheira (o);
6. Declaração de únicos herdeiro, firmado pelos interessados com testemunha de três pessoas idôneas, informando sob as penas da lei, quantos e quais são os filhos deixados pelo segurado.
7. Declaração do INSS ou IR informando (se for o caso) quem são os dependentes do segurado na Previdência Social;
8. Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento, bem como RG, CPF e Comprovante de Residência dos beneficiários;
9. Cópia autenticada do contrato de consorcio;
10. Extrato de pagamento informando o valor do bem e saldo devedor (atualizado);
11. No caso de beneficiários incapazes, apresentação do Termo de Tutela, de Curatela ou de Alvará Judicial.

21.4.1.2 - Morte Acidental

1. Aviso de Sinistro, preenchido pelo estipulante e pelo beneficiário no campo informação do Segurado em caso de acidente;
2. Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
3. Cópia autenticada da Certidão de Nascimento e/ou casamento do falecido;
4. Comprovante de união estável quando se tratar de companheira (o);
5. Cópia autenticada do RG e CPF do Segurado;
6. Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento, bem como RG, CPF e Comprovante de Residência dos beneficiários;
7. Declaração de únicos herdeiro, firmado pelos interessados com testemunha de três pessoas idôneas, informando sob as penas da lei, quantos e quais são os filhos deixados pelo segurado.
8. Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
9. Cópia autenticada do Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
10. Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação do falecido se trata de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;

21.4.1.3 - Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença;

1. Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar a American Life suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.
 - a. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro).
 - b. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do alcance de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item Dos Riscos Cobertos.
2. Cópia autenticada do documento de identidade RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
3. Relatório do médico-assistente do Segurado:
 - a. indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente

- diagnosticada; e
- b. detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.
4. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.
- a. Fica facultado a American Life, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.
 - b. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a American Life julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

21.4.1.4 - IPA – Invalidez Permanente Total por Acidente;

1. Aviso de Sinistro preenchido pelo segurado, estipulante e médico assistente mediante carimbo e (CRM);
2. Cópia autenticada do RG ,CPF e Comprovante de Residência do segurado;
3. Cópia autenticada do CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se for o caso;
4. Atestado de Alta Médica Definitiva (original);
5. Resultados de todos os exames realizados na pessoa do segurado (original);
6. Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
7. Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação do seguro quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo;

*A **American Life** também, poderá exigir do Segurado ou de seus Beneficiários, cópias autenticadas de documentos complementares: de médicos, de Clínicas ou Hospitais, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento.*

*As providências ou atos que a **American Life** praticar durante a fase de regulação e liquidação de um processo de sinistro não implicam, por si só, em prévio reconhecimento da obrigação de reconhecer a cobertura do mesmo pagar qualquer indenização decorrente deste.*

*As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e dos documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, de seus Beneficiários, ou pela Empresa Contratante ou Sub-Estipulante, salvo as diretamente realizadas pela **American Life**.*

22 - PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

As indenizações serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias consecutivos, contados a partir da data do protocolo de recebimento, pela American Life, de todos os documentos necessários à comprovação ou do último deles, que permita a elucidação do sinistro reclamado;

22.1 – A contagem do prazo máximo acima será suspensa no caso de solicitação de

documentação inicial incompleta ou de solicitação de complementar, sendo reiniciada a partir do atendimento total a essa pendência.

22.2 – Ultrapassado o prazo de indenização, sobre ela incidirá juros de mora de 1% (um) por cento ao ano, contados a partir do primeiro dia posterior ao do período ajustado em contrato, além de correção monetária, nos termos da legislação específica.

22.3 – O pagamento da indenização poderá ser realizado sob a forma de parcela única.

22.4 - Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora.

23 - DESPESAS NÃO COBERTAS

Não estão cobertas por este Seguro quaisquer despesas decorrentes de:

- *despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação do Segurado Empregado e de seus beneficiários;*
- *despesas decorrentes de convalescença e de acompanhantes;*
- *despesas de médico ou de hospitalização, dietas especiais e de exames médicos.*

24 – DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento sobre de um evento reclamado, a Seguradora poderá solicitar outros esclarecimentos que julgar necessários, novos documentos, exames médico-laboratoriais, relatórios ou laudos médico-hospitalares para a conclusão do processo de regulação desse evento;

24.1 – *Durante essa fase de regulação as providências ou atos que a Seguradora praticar ao exigir documentação complementar não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de indenizar, enquanto não houver certeza quanto à cobertura do evento.*

25 – INSPEÇÃO

A Seguradora se reserva o direito de proceder a qualquer tempo, às averiguações de fatos relacionados com este Seguro. O Segurado fornecerá à Seguradora todas as provas, documentos, exames e esclarecimentos que lhe forem solicitados.

26 – DA PERDA DE DIREITO

A American Life não pagará qualquer indenização com base no presente contrato de

seguro, caso haja por parte do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários:

26.1 – Declarações falsas e incompletas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou na taxa a ser aplicada, para cálculo do prêmio;

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

I– Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

II – Na hipótese de ocorrência do sinistro:

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

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

26.2 – Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando sinistro ou agravando suas consequências;

26.3 – Inobservância das obrigações convencionadas neste contrato de seguro.

26.4 – A ocorrência da prescrição, nos prazos estipulados pela lei.

27 – BENEFICIÁRIOS

27.1 – O Segurado deverá indicar no cartão proposta, pessoa(s) física(s) perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) será pago o capital segurado, na eventualidade da ocorrência de evento coberto;

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

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

27.4 – Não sendo instituído o beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer (em)

o que for designado (s), o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, ou ao companheiro (a) e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

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

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

28 – NULIDADE DO CONTRATO – NULO SERÁ O CONTRATO PARA GARANTIA DE RISCO PROVENIENTE DE ATO DOLOSO DO SEGURADO, DO BENEFICIÁRIO OU DO REPRESENTANTE DE UM OU DE OUTRO.

29 – FORO

Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou de seus beneficiários para dirimir quaisquer divergências que decorram das condições contratuais.

30 – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a divulgação referentes ao seguro contratado, por parte do estipulante ou do corretor, **somente podem ser feitas com autorização expressa da American Life, para que sejam rigorosamente respeitadas as condições contratuais pactuadas, bem como as normas de seguro, ficando esta com a responsabilidade pela fidedignidade das informações contidas no material, a qualquer época, durante a vigência do contrato de seguro, ainda que desrespeitadas sem o conhecimento da American Life.**

31 – CARACTERÍSTICAS:

Este Seguro é um contrato de direito civil, com fundamento no Código Civil Brasileiro; no Decreto-Lei-73/1966 e nas normas regulamentares emitidas pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e IRB – Brasil Resseguros S.A.;

31.1 – Neste Seguro os direitos e obrigações das partes contratantes são pessoais e intransferíveis;

31.2 – Não é permitida a presunção de que a Seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem da proposta individual, e daquelas que não lhes tenham sido formalmente comunicadas;

31.3 – São documentos do presente Seguro a Proposta, Certificado Individual e a Apólice de Seguro com os respectivos anexos: Condições Gerais e Especiais;

31.4 – Nenhuma alteração será válida se não for por escrito, sob a forma de Aditivo

(Endosso) à Apólice de Seguro;

31.5 – As cláusulas específicas das Condições Especiais ou os Aditivos emitidos, que passam a fazer parte integrante das condições contratuais, alteram no todo ou em parte as Condições Gerais, permanecendo inalterado o que não for conflitante.

32 – INTERPRETAÇÃO:

As palavras e expressões em negrito, onde houver definição específica, terão o mesmo significado onde quer que apareçam neste Seguro. Onde permitido pelo contexto, o sexo masculino inclui o feminino, o singular inclui o plural e o plural o singular, e os termos técnicos utilizados neste contrato têm seu significado identificado no glossário que se encontra na parte final destas condições especiais.

CONCEITOS E DEFINIÇÕES

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

a) incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio ou a sua tentativa, que será equiparado para fins de indenização a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

- b1) 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;**
- b2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.**
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por esforços repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-**

tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdências ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 1 acima.

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

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

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

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

6 – Beneficiário – É a pessoa a quem será paga a indenização.

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

8 - CAPITAL POR FAIXA SALARIAL – É a forma de contratação onde o capital segurado é determinado pela faixa salarial do Segurado.

9 - CAPITAL GLOBAL – É a importância segurada total contratada pelo Estipulante para todo o grupo segurado.

10 - CAPITAL “PER CAPITA” – É o capital global dividido pela quantidade de Segurados.

11 - CAPITAL POR MÚLTIPLO SALARIAL – É o capital segurado calculado pela multiplicação do salário mensal pelo fator contratado.

12 – Carência: período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

13 – Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

14 - CARTÃO PROPOSTA – É o documento fornecido pela Seguradora para que os proponentes possam aderir ao seguro, manifestando suas condições atuais de saúde e discriminado seu(s) Beneficiário(s).

15 – Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela American

Life no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio;

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

17 – Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais e da apólice e quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta e do certificado individual;

18 – Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da American Life, dos segurados, dos beneficiários e quando couber, do estipulante;

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

20 – Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a American Life, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da American Life dos segurados e dos beneficiários;

21 – Estipulante: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar total ou parcialmente do plano e como estipulante-averbador quando não participar do custeio, sendo o único responsável por quitar as faturas de prêmios perante a **American Life**;

22 – Fator de cálculo: resultado numérico calculado mediante a utilização de taxa de juros e tábua biométrica, quando for o caso, utilizado para obtenção do valor do capital segurado pagável sob a forma de renda;

23 – Franquia: É a participação do segurado no sinistro e caracteriza-se como o limite de valor não indenizável previsto nas condições gerais e na apólice, a partir do qual a **American Life** passa a ser responsável por indenização, até o limite do capital segurado;

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

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

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

27 – INDENIZAÇÃO - É o valor que a **American Life** deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários em caso de ocorrência de um evento coberto;

28 – INVALIDEZ PERMANENTE - É aquela caracterizada em laudo médico e apurada após a total conclusão do tratamento médico ou internação hospitalar, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e que acarrete a incapacidade definitiva do segurado, total ou parcial, para exercer qualquer atividade remunerada.

29 – MOVIMENTO DE FATURAS – É o documento pelo qual o Sub-Estipulante informa à Seguradora as movimentações dos Segurados (inclusões e cancelamentos) e alterações de Capitais Segurados durante o decorrer do período de vigência.

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

31 – Parâmetros Técnicos: A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

32 - Período de Cobertura (ou vigência) – aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

33 – Prazo de carência: período contado a partir da data do início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

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

35 – Profissionais Liberais – São as pessoas que exercem sua atividade remunerada de forma autônoma, sem dependência e sem vínculo empregatício, que recebem honorários de seus clientes;

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

37 – PROPOSTA DE SEGURO – É o documento mediante o qual o Estipulante expressa formalmente a intenção de contratar o Seguro.

38 – PROPOSTA INDIVIDUAL - É o documento preenchido e firmado pelo proponente objetivando a contratação do Seguro, onde declara suas condições de saúde e a sua concordância com as cláusulas e condições estabelecidas no Contrato de Seguro.

39 – Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, especiais e no contrato de seguro, que não serão cobertos pelo plano;

40 – Segurado – pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;

41 – American Life – É a **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**, que se responsabilizará pelas garantias deste seguro.

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

43 – SEGURADO (Segurado principal) - É a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante e que aceito pela American Life, contrata o Seguro.

44 – SEGURADO DEPENDENTE – Os cônjuges, os filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda, e/ou anotações junto a Previdência Social.

45 – SEGURADORA - É a **American Life**, que assume a responsabilidade dos riscos cobertos pela apólice mediante o prévio recebimento do prêmio.

46 – SINISTRO – (evento coberto) - É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias contratadas, que acarretará obrigações pecuniárias para a **American Life**.

47 – SUB-ESTIPULANTE – É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que adere ao seguro, como representante dos Segurados, assumindo solidariamente com o Estipulante, as responsabilidades e obrigações decorrentes da contratação e manutenção do Seguro.

48 – VIGÊNCIA - É o período de tempo fixado no contrato de seguro, durante o qual a **American Life** tem a obrigação de pagar indenizações ao próprio Segurado ou aos seus Beneficiários em caso de ocorrência de um sinistro coberto pelas garantias contratadas.

Informações Gerais:

A) A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;

B) O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

C) O Segurado deverá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

D) Os tributos incidentes no seguro serão pagos por quem a lei determinar.

E) As peças promocionais e de propaganda só poderão ser divulgadas com autorização expressa e sob supervisão da American Life, respeitadas rigorosamente as condições gerais, especiais e a nota técnica atuarial.