

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

1.2. **A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:**

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte.

Incluem-se, ainda, nesse conceito:

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

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as 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;**
- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **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 Esforço Repetitivo – 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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **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, conforme definido neste item.**

2.2. **Aditivo:**

Condição suplementar incluída no contrato de seguro. O termo aditivo também é empregado no mesmo sentido de endosso.

2.3. **Âmbito de Cobertura:**

Significa abrangência da cobertura em determinado tipo de seguro.

2.4. **Apólice:**

É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

2.5. **Assistido:**

É o beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda;

2.6. **Aviso de Sinistro:**

É a comunicação específica de um Sinistro, que o Estipulante, o Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do Evento Coberto, devendo ser realizada imediatamente após a ocorrência do Sinistro.

2.7. Beneficiário:

É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.8. Boa-fé:

Um dos princípios básicos do seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. **O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro.** A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.

2.9. Capital Segurado:

É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

2.10. Carência (prazo de carência):

É o período de tempo ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios. Na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.11. Carregamento:

É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização. Trata-se de um percentual incidente sobre os prêmios pagos.

2.12. Certificado Individual:

É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes ao capital segurado ou prêmio.

2.13. Coberturas de Risco:

São as coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada. Denominadas nestas condições Contratuais de Garantias.

2.14. Condições Contratuais:

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

2.15. Condições Gerais:

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

2.16. Condições Especiais:

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura/garantia que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.17. Contrato:

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

2.18. Corretor:

É a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. **O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**

2.19. Crime Doloso:

Situação em que o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo.

2.20. Declaração Pessoal de Saúde:

É o questionário, normalmente integrante do cartão proposta, no qual o proponente do Seguro de Pessoas presta as informações sobre seu estado de saúde e atividades e por elas se responsabiliza, sob as penas previstas no Código Civil.

2.21. Doença Preexistente:

É toda doença, inclusive as congênitas, de que o Segurado saiba ser portador ou sofredor na época da contratação do seguro.

2.22. Dolo:

Má-fé; qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

2.23. Estipulante:

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de 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 custeio do plano, e como estipulante/averbador quando não participar do custeio.

2.24. Evento Coberto:

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Contratuais.

2.25. Formulário de Aviso de Sinistro:

É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

2.26. Garantias:

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

2.27. Grupo Segurado:

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

2.28. Grupo Segurável:

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.29. INPC:

Índice Nacional de Preços ao Consumidor, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. A coleta de preços é feita mensalmente entre os dias 1º e 30 do mês de referência, com divulgação em aproximadamente 8 dias úteis.

2.30. IPC-A:

Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. A coleta de preços é feita mensalmente entre os dias 1º e 30 do mês de referência, com divulgação em aproximadamente 8 dias úteis.

2.31. Indenização:

Valor que a Seguradora deverá pagar aos Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.32. Início de Vigência:

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

2.33. Liquidação de Sinistro:

É o processo para pagamento de indenizações ao Segurado.

2.34. Médico Assistente:

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

2.35. Migração de Apólices:

É a transferência de apólice coletiva em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

2.36. Nota Técnica Atuarial:

Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.37. 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.

2.38. Período de Cobertura:

Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

2.39. Prazo de Tolerância:

Corresponde ao período máximo, em que ainda há cobertura do seguro, que antecede o cancelamento do seguro em razão da inadimplência (não pagamento) do Segurado.

2.40. Prêmio:

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

2.41. Prêmio Comercial:

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

2.42. Prêmio Puro:

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

2.43. Proponente:

O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

2.44. Proposta de adesão:

É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.45. Proposta de Contratação:

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais

2.46. Regime Financeiro de Repartição Simples:

Estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para custear o risco de pagamento das indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período. Dessa forma, tal regime não permite concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos.

2.47. Riscos Excluídos:

São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

2.48. Segurado:

Pessoa física que contratou o seguro.

2.49. Segurado Principal:

É o Segurado que mantém vínculo com o Estipulante.

2.50. Segurados Dependentes:

São o cônjuge, os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda, quando incluídos no seguro.

2.51. Seguradora:

É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, que nos termos das Condições Gerais é a Rio Grande Seguros e Previdência S.A.

2.52. Sinistro:

A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

2.53. Vigência do Seguro:

É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

2.54. Vigência da Cobertura Individual:

É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

3. GARANTIAS E ASSISTÊNCIAS DO SEGURO

3.1 BÁSICA (MORTE) – ramo 93: garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização, caso ocorra a morte do Segurado principal por causas naturais ou acidentais, durante a vigência da Apólice, em valor equivalente a 100% (cem por cento) do capital segurado individual.

3.2 GARANTIAS ADICIONAIS: o segurado definirá em sua Proposta de Adesão as garantias adicionais que deseja contratar, respeitadas as regras e limites dispostos neste Contrato, nas Condições Especiais e Condições Gerais.

3.2.1. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) – ramo 82: garante ao segurado principal, o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da Apólice, limitada a até 100% (cem por cento) do capital segurado individual da Garantia Básica. Para o cálculo da indenização deverá ser levado em consideração o percentual correspondente constante da TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE, conforme transcrito abaixo e constante das Condições Especiais, parte integrante deste Contrato, limitado ao valor do capital segurado individual.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
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 incurável	100
Invalidez Permanente Parcial - Diversas	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
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	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---
Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
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 tibioperoneiros	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	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	06
menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

3.2.1.1. Para fins de fixação da data do evento, será considerada a data do acidente.

3.2.2. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD) – ramo 93: garante ao segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado de valor equivalente a 100% (cem por cento) do capital segurado individual da Garantia Básica, em caso de verificação de sua Invalidez Funcional Permanente Total, consequente de doença que cause a perda de sua capacidade de existência independente, perda esta avaliada de acordo com critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos das Condições Especiais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos.

3.2.2.1. A perda da capacidade de 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 por meio de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 'Liquidação de Sinistros' das Condições Gerais.

3.2.2.2. O pagamento desta garantia implicará no cancelamento imediato do Certificado Individual, procedendo-se a exclusão da Apólice do segurado indenizado.

3.2.3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE DOENÇAS GRAVES (DG) – 11 DOENÇAS - ramo 84: garante ao Segurado principal o pagamento de indenização no valor equivalente a 50% (cinquenta por cento) do capital segurado individual da Garantia Básica, limitada a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) no caso de Diagnóstico Definitivo de qualquer uma das doenças graves devidamente especificadas em Riscos Cobertos

3.2.3.1. Riscos Cobertos: para os efeitos desta garantia, são consideradas “Doenças Graves”, exclusivamente, os seguintes eventos:

a) Câncer: Tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolada de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. Exceto se houver exclusão específica, a definição de câncer também inclui leucemia, linfoma maligno e síndrome mielodisplásica.

b) Infarto Agudo do Miocárdio: Morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio, concomitante com mais dois critérios: a) Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica) b) Alterações recentes no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes ST - T ou novo bloqueio de ramo esquerdo), ou desenvolvimento de ondas “Q” patológicas no ECG. c) Evidências recentes em exames de imagem (ecocardiograma ou coronariografia) evidenciando perda de tecido miocárdico ou alterações da mobilidade das paredes cardíacas. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista.

c) Acidente Vascular Cerebral: Morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana (incluindo hemorragia subaracnoide), ou embolia originada em uma fonte extracraniana com: a) instalação aguda de novos sintomas neurológicos, e b) constatação de novos déficits neurológicos objetivos no exame clínico. O déficit neurológico deve persistir por mais de 3 meses após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

d) Cirurgia de revascularização do miocárdio com implante de ponte vascular (Bypass): Cirurgia cardíaca para correção de estreitamento ou oclusão de uma ou mais artérias coronarianas com o implante de enxerto vascular (Bypass). A via de acesso deverá ser obtida por meio de esternotomia completa (divisão vertical do osso esterno) ou por meio de procedimentos minimamente invasivos (esternotomia parcial ou toracotomia). A indicação cirúrgica deve ser feita por médico habilitado e respaldada por achados na coronariografia.

e) Insuficiência Renal Terminal: Etapa final da doença renal crônica caracterizada pela perda irreversível da função renal, caracterizado por um índice de filtração glomerular abaixo dos 15 ml por minuto (doença renal crônica, estágio 5), com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

f) Transplante de Órgãos: Procedimento cirúrgico em que o segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão, braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição. Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

g) Paralisia de membros: Perda total, completa e irreversível da função motora de dois ou mais membros, decorrente de trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo. Por total, entende-se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem

movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council. Por completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste. Por irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 dias após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem.

h) Cegueira / Perda da visão: Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo aos seguintes critérios: a) acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível; ou b) campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível. O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos.

i) Surdez / Perda da audição: Perda profunda e irreversível da audição de ambos os ouvidos, causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença, obedecendo ao seguinte critério: - Os limiares auditivos sensorio-neurais aferidos por audiograma devem ser maiores ou iguais a 90dB (decibéis), simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz e em ambas as orelhas. O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista, evidenciado por exames audiológicos e aceito pelas sociedades médico-científicas especializadas.

j) Mudez / Perda da fala: Perda total e irreversível da capacidade de falar causada por trauma (acidente pessoal coberto) ou doença que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais. Por total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (p.ex.: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala). Por irreversível, entendesse que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.

k) Esclerose múltipla: Diagnóstico de certeza de esclerose múltipla, documentado por ressonância magnética (RNM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes características da esclerose múltipla acometendo encéfalo / medula espinhal de idades e localizações diferentes e que atenda a pelo menos um dos seguintes critérios: a) Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 meses e/ou b) Surto clinicamente bem documentado acompanhado de alterações características no líquido (fluido cérebro espinhal) O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

3.2.3.2. Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico definitivo de doenças graves, conforme definido no item 5.2.3 e respeitado o período de carência a partir do início de vigência da cobertura individual, e desde que o segurado se encontre em vida após 30 (trinta) dias contados da data do diagnóstico da doença. Fica excluída, de forma irrevogável, a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico definitivo de mais de uma doença grave.

3.2.3.3. Não haverá a garantia de indenização se o diagnóstico de doença grave for após a morte do Segurado.

3.2.3.4. A garantia de DG será cancelada no primeiro dia subsequente à data em que o Segurado completar 70 (setenta) anos de idade, ou após o recebimento da indenização, o que ocorrer primeiro, sendo o valor do prêmio do seguro relativo a esta garantia deduzido do prêmio total.

3.2.3.5. Para fins de fixação da data do evento, assim como para efeito de determinação do capital segurado na liquidação dos sinistros, será considerada a data do diagnóstico definitivo da doença grave coberta, comprovado por resultado de exame anatomopatológico ou de qualquer outro exame específico para a garantia de DG.

3.2.3.6. O limite máximo de idade do segurado principal para contratação desta garantia é de 65 (sessenta e cinco) anos.

3.2.4. INCLUSÃO FACULTATIVA DE AGREGADOS COM COBERTURA DE MORTE – ramo 93: garante ao segurado principal, em caso de morte de seu pai e/ou mãe, por causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a vigência da Apólice, o pagamento de uma indenização em valor equivalente a 20% (vinte por cento) do capital segurado individual, estabelecido para a Garantia Básica do segurado principal, limitada a R\$50.000,00 (cinquenta mil reais).

3.2.5. INCLUSÃO FACULTATIVA DE PAI COM COBERTURA DE MORTE – ramo 93: garante ao segurado principal, em caso de morte de seu pai, por causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a vigência da Apólice, o pagamento de uma indenização em valor equivalente a 20% (vinte por cento) do capital segurado individual, estabelecido para a Garantia Básica do segurado principal, limitada a R\$50.000,00 (cinquenta mil reais).

3.2.6. INCLUSÃO FACULTATIVA DE MÃE COM COBERTURA DE MORTE – ramo 93: garante ao segurado principal, em caso de morte de sua mãe, por causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a vigência da Apólice, o pagamento de uma indenização em valor equivalente a 20% (vinte por cento) do capital segurado individual, estabelecido para a Garantia Básica do segurado principal, limitada a R\$50.000,00 (cinquenta mil reais).

3.2.7. Aplicam-se aos itens **3.2.4, 3.2.5 e 3.2.6** as disposições abaixo:

3.2.7.1. A inclusão da mãe e/ou pai do segurado principal ocorre simultaneamente à inclusão deste na Apólice, na forma definida neste Contrato.

3.2.7.2. O limite máximo de idade do segurado principal para contratação da Cobertura de morte é de 40 (quarenta) anos.

3.2.7.3. CANCELAMENTO DA COBERTURA DOS AGREGADOS

3.2.7.3.1. A cobertura dos agregados será obrigatoriamente cancelada, além dos casos de cancelamento da apólice:

a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;

b) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;

c) no caso de cessação de condição de agregado, inclusive por separação judicial ou divórcio, no caso de sogro(a).

d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão dos agregados for facultativa; ou RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA | Condições Gerais Página 2

e) com a inclusão dos agregados no grupo segurável principal.

3.2.8. DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMH O) – ramo 82: garante ao segurado principal o reembolso de até R\$5.000,00 (cinco mil reais), referente às despesas efetuadas para seu tratamento, quando da ocorrência de acidente pessoal coberto, desde que o referido tratamento seja iniciado dentro dos 30 (trinta) primeiros dias a contar da data do acidente.

3.2.8.1. Estão cobertas todas as despesas médicas e dentárias, bem como as diárias hospitalares, necessárias ao restabelecimento do segurado, tudo de acordo como critério determinado pelo médico responsável por sua saúde.

3.2.8.2. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

3.2.8.3. Deverão ser observadas também, em acréscimo às disposições feitas em **3.2.8.1 e 3.2.8.2** supra, as demais regras constantes nas Condições Especiais relativas a esta garantia.

3.2.9. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH-A) – ramo 82: garante ao segurado principal, quando da ocorrência de acidente pessoal coberto, o pagamento de até R\$5.000,00 (cinco mil reais) por mês, limitado a 360 (trezentos e sessenta) diárias por evento.

3.2.9.1. Para efeitos desta cobertura, será considerado o período mínimo de 12 (doze) horas de internação hospitalar, devidamente comprovado por meio da cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

3.2.9.2. Estão cobertas as diárias hospitalares, incorridas a critério médico, que o segurado principal utilizar para seu restabelecimento em decorrência de acidente pessoal coberto.

3.2.9.3. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços hospitalares, desde que legalmente habilitados.

3.2.9.4. Deverão ser observadas também, em acréscimo às disposições feitas em 5.2.9 supra, as demais regras constantes nas Condições Especiais relativas a esta garantia.

3.2.10. SAF – SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL/FAMILIAR/ FAMILIAR + AGREGADOS – ramo 29: garante a prestação de serviços de assistência funeral ou o reembolso, ao(s) detentor(es) da(s) nota(s) original(is)

das despesas efetivamente gastas com funeral: (i) do segurado no plano individual; (ii) do segurado, seu cônjuge ou filhos no plano familiar; e (iii) do segurado, seu cônjuge, filhos, pai ou mãe no plano familiar + agregados.

3.2.10.1. As condições dos planos estarão dispostas no Anexo I, parte integrante deste Contrato

3.2.10.2. Para fins de reembolso serão observados os riscos excluídos constantes das Condições Gerais e nas Condições Especiais desta Apólice. O reembolso somente será efetuado mediante a apresentação das notas fiscais originais dos gastos realizados, observando-se todos os demais procedimentos especificados nas Condições Especiais.

3.2.10.3. O pagamento desta Assistência não garante o recebimento da indenização de qualquer outra garantia contratada.

3.2.10.4. O limite máximo de idade do segurado principal para contratação do plano SAF Familiar + Agregados é de 40 (quarenta) anos.

As disposições das Condições Especiais referentes às Garantias oferecidas nesta Apólice, que não foram transcritas ou alteradas nestas Condições Contratuais deverão ser observadas pelas partes.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 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, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;
- de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta de adesão;
- de suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;
- de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, bem como pelos sócios controladores, dirigentes e administradores.

4.2 Exclusão para Atos Terroristas Não estão cobertos perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

4.3 É vedada a exclusão de morte ou a incapacidade do segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. CONDIÇÕES DE INGRESSO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

5.1. Na fixação das condições desta Apólice foram considerados os seguintes limites de idade: 18 (dezoito) anos para idade mínima e 70 (setenta) anos para idade máxima conforme estudo atuarial apresentado.

5.2. Os proponentes que desejarem aderir ao Seguro, deverão preencher e assinar Proposta de Adesão, com a indicação dos beneficiários, nos canais digitais de propriedade do ESTIPULANTE ("Plataforma Digital") que será enviada à RIO GRANDE. Neste caso não será necessário o preenchimento e envio de Declaração Pessoal de Saúde (DPS).

5.3. A RIO GRANDE terá o prazo de até 15 (quinze) dias, após o recebimento da documentação, para aceitá-la ou recusá-la. Caso a RIO GRANDE exija documentos complementares para análise do risco, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data de entrega da documentação. Decorrido o prazo estabelecido nesta cláusula, sem manifestação da RIO GRANDE, a Proposta de Adesão será considerada aceita.

5.4. Caso seja constatada qualquer insuficiência, omissão, excesso ou alteração nos dados fornecidos pelo ESTIPULANTE à RIO GRANDE, quando da implantação da Apólice ou da emissão do primeiro faturamento, que provoque desvio superior a 5% (cinco por cento) no cálculo atuarial que resultou a taxa apurada, tal taxa será

repactuada entre as partes de forma a manter íntegras as condições contratadas, sob pena de a Apólice ser cancelada. O Plano de Seguro apresentado ao ESTIPULANTE foi elaborado com base nos dados por ele fornecidos.

5.5. Haverá carência para as Garantias de Morte, Morte de Pais e Doenças Graves contada a partir da inclusão do segurado na Apólice, conforme tabela abaixo, excetuando-se os casos de morte do segurado ou dos pais do segurado decorrentes de acidente pessoal coberto, cuja cobertura se inicia desde a contratação.

Morte	Morte Pais	DG
Até R\$ 50.000 Aplicável carência do 1º ao 90º dia de vigência.	Aplicável carência do 1º ao 360º dia de vigência independentemente do capital segurado	Aplicável carência do 1º ao 360º dia de vigência independentemente do capital segurado
Entre R\$ 50.000 e R\$ 250.000 Aplicável carência do 1º ao 360º dia de vigência.		

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

6.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento da primeira parcela do seguro e cessará ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

6.1.1 A vigência das coberturas de Diagnóstico Definitivo de Câncer Primário de Mama ou Ginecológico, de Diagnóstico Definitivo de Doenças Graves, Diagnóstico Definitivo De Câncer Primário de Próstata e Testículo e/ou Diagnóstico de câncer será de acordo com o item 8.1 e terminará, impreterivelmente, no 1º dia posterior à data em que o Segurado atingir a idade estabelecida nas Condições Contratuais, que será de no mínimo 60 (sessenta) anos e no máximo 79 (setenta e nove) anos;

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

6.3 A apólice será renovada automaticamente, uma única vez, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar, por escrito, o desinteresse pela renovação.

6.4 As demais renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pelas partes, por meio de termo aditivo ao Contrato. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar sua decisão aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

6.4.1 A renovação poderá ser feita mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, desde que não acarrete ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado individual da Garantia Básica será determinado pelo segurado no momento da contratação do seguro, observados o limite mínimo de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) e máximo de R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais).

8. PAGAMENTO DE PRÊMIO

8.1. O prêmio do seguro poderá ser pago mensalmente ou anualmente pelo segurado, conforme definido em sua Proposta de Adesão. A RIO GRANDE realizará a cobrança dos prêmios através de uma das formas descritas abaixo:

8.1.1. O prêmio poderá ser pago por meio de débito em conta corrente indicada pelo segurado na contratação do seguro, de acordo com a data de vencimento escolhida por este na Proposta de Adesão.

8.1.1.1. Se por qualquer motivo se tornar impossível a realização do débito em conta corrente e outra forma não for oferecida, pelo segurado, objetivando possibilitar a cobrança do prêmio devido, o segurado será constituído em mora. A RIO GRANDE cobrará todos os prêmios devidos nas cobranças seguintes, priorizando o(s) prêmio(s) mais antigos.

Caso não seja possível a recuperação do(s) prêmio(s) devido(s) e não pago(s), dentro do prazo estipulado na cláusula “Prazo de Tolerância” deste Contrato, o segurado em mora será excluído da Apólice.

8.2. Para comprovação do pagamento do prêmio será emitida mensalmente, pela RIO GRANDE, no dia 1º (primeiro) do mês subsequente à vigência uma fatura quitada em nome do ESTIPULANTE, constando nesta os segurados que tiveram seus prêmios arrecadados.

8.3. Os movimentos ocorridos durante a vigência tais como inclusões, alterações de capitais e exclusões de segurados principais e/ou dependentes, devem ser informados à RIO GRANDE de acordo com as condições de aceitação descritas para o grupo segurado, para alteração das respectivas cobranças

8.4. A não observância da data limite para pagamento do prêmio ensejará a cobrança de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido, além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês pro rata die.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. O seguro ficará automaticamente cancelado no 1º dia seguinte ao prazo de tolerância estabelecido no item acima.

9.2. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do efetivo cancelamento, não cabendo qualquer indenização (sinistro) ou a restituição de quaisquer prêmios anteriormente pagos, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

9.3. A Apólice poderá também ser cancelada a qualquer época, por mútuo e expresse consenso entre o ESTIPULANTE e a RIO GRANDE, desde que haja anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) dos segurados pagantes do prêmio de seguro, ou no vencimento da Apólice, observado o disposto no item “Vigência e Renovação da Apólice” deste Contrato e no item “Cancelamento do Seguro”, das Condições Gerais.

10. PRAZO DE TOLERÂNCIA

10.1. Durante o período de tolerância do seguro, ou seja, em até 60 (sessenta) dias corridos a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga ou da primeira parcela do prêmio não pago, conforme o caso, o segurado deverá providenciar a regularização do pagamento do(s) prêmio(s) ou da(s) fatura(s) em aberto, para que não ocorra o cancelamento da Apólice ou a exclusão do segurado.

10.2. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de tolerância, mediante cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

11. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

11.2 Se, ainda, o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de adesão ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

11.3 Se a inexactidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da proposta de adesão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora, conforme disposto nas Condições Contratuais, 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, permitirá a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial da importância segurada:

- 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 da importância segurada, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

11.4 O Segurado deverá comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovada a má-fé.

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

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

12. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

12.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente, de pleno direito, ao final do prazo de vigência da apólice, salvo se esta for renovada.

12.2 Se o segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, ocorrerá automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios pagos, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

12.2.1 Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem acima se aplica aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

12.3 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago e observado o disposto nos itens 12 e 15, a cobertura do segurado principal cessa, ainda:

- a) com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante, nos planos coletivos; ou
- b) quando o segurado solicitar sua exclusão do seguro ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

12.4 Além das situações mencionadas acima e de outras previstas nas condições especiais, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

- a) se for cancelada a respectiva cláusula suplementar;
- b) com o cancelamento do seguro do segurado principal;
- c) com a morte do segurado principal;
- d) no caso de cessação da condição de dependente; ou
- e) a pedido do segurado principal, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente

13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

13.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o segurado ou o(s) seu(s) beneficiário(s) deverão comunicá-lo à RIO GRANDE e enviar os documentos necessários para sua análise e regulação, conforme documentação básica definida para cada Garantia contratada, relacionada nas Condições Gerais.

13.2. A partir da entrega de toda a documentação básica exigida pela RIO GRANDE, esta terá o prazo de até 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, desde que atendidas todas as exigências legais e as formuladas pela RIO GRANDE.

13.3. Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o fato de ter sido suspenso em função de a RIO GRANDE ter tomado outras providências para elucidação dos fatos, conforme previsto no item "Liquidação de Sinistros" das Condições Gerais, incidirão sobre o valor do capital segurado juros moratórios à razão de 1% (um por cento) ao mês pro rata die, além de multa de 2% (dois por cento), a partir do primeiro dia subsequente ao do término do prazo.

13.3.1. Caso o processo não seja regulado dentro do prazo previsto neste contrato, incidirá também sobre os valores, atualização monetária desde a data de ocorrência do sinistro até a do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice de preço, qual seja o IPCA, entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

13.4. É facultada à RIO GRANDE, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários. Neste caso, a contagem do prazo para a liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que foram cumpridas na íntegra as exigências feitas.

14. FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

14.1 As indenizações referentes às coberturas contratadas deverão ser pagas sob a forma de pagamento único, exceto na hipótese do Segurado ter expressamente solicitado o pagamento na forma de renda certa.

14.2 No caso de pagamento sob a forma de renda certa, no momento do pagamento da indenização, as partes contratantes deverão observar o valor da renda mínima inicial definido nas Condições Contratuais do Seguro. Caso o capital segurado contratado não atinja o valor mínimo estabelecido para a renda, a indenização será paga de uma única vez.

15. BENEFICIÁRIOS

15.1. O(s) beneficiário(s) do seguro será(ão) aquele(s) designado(s) pelo segurado principal em sua Proposta de Adesão podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, desde que durante o período de vigência da Apólice na RIO GRANDE, mediante solicitação formal à seguradora, preenchida e assinada pelo próprio segurado.

15.2. Na falta de indicação de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que determinar a legislação em vigor à época.

16. REGIME FINANCEIRO

16.1. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações do período.

17. ATUALIZAÇÃO DO SEGURO

17.1 Os capitais segurados e os prêmios serão atualizados monetariamente, no aniversário do certificado individual, pelo IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedam o mês anterior ao aniversário.

18. MODIFICAÇÃO DA APÓLICE

18.1. Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou ainda na redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

19. TRIBUTOS

19.1. Fica entendido e acordado que os tributos que incidam ou venham a incidir sobre o Prêmio ou sobre a Indenização correrão por conta do contribuinte conforme determinado pela legislação aplicável.

20. PRESCRIÇÃO

20.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

21. COMUNICAÇÃO

Reclamações e esclarecimentos, de acordo com a sua natureza, poderão ser feitos pelos meios abaixo descritos:

- Serviço de Informação ao Cidadão SUSEP: 0800 021 84 84 (dias úteis, das 9h30 às 17h) ou www.susep.gov.br.
- Comunicação com a RIO GRANDE S.A.
 - 0800-2853000.
 - SAC: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).
 - OUVIDORIA: 0800 286 0047, de 2ª a 6ª, das 8h às 18h, exceto feriados (ao ligar, tenha em mãos o número do protocolo de atendimento).
 - Centro de Relacionamento BANRISUL: 0800 281 3005.

22. FORO

22.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, para dirimir eventuais controvérsias oriundas desta Apólice.

ANEXO II
ao Contrato de Seguro de Pessoas
Apólice n.º 93.705.233

1. OBJETIVO

O Serviço de Assistência Funeral tem por objetivo garantir a realização dos serviços de assistência funeral, em caso de morte, do cônjuge ou filhos ou agregados (Pai e mãe do segurado principal).

***São considerados filhos do titular:**

- a) filhos com idade até 21 (vinte e um) anos;
- b) filhos com idade até 24 anos (vinte e quatro) anos, se universitários ou cursando escola técnica; sendo esta condição aprovada através de boleto bancário, declaração ou outro documento que comprove o vínculo com a instituição de ensino;
- c) filhos com qualquer idade, se considerados incapazes (física ou mentalmente) para o trabalho, cuja incapacidade seja comprovada por documentos médicos detalhando a invalidez;
- d) enteados, observadas as mesmas condições estabelecidas para filhos.

2. SERVIÇOS

O Serviço de Assistência Funeral possui os seguintes serviços:

- Formalidades Administrativas e Registro em Cartório;
- Taxa de Exumação (Taxas Municipais) e Taxa de Sepultamento (Taxas Municipais);
- Carro Fúnebre (Locomoção exclusivamente no município do Sepultamento);
- Locação de Sala para Velório (Locação em Cemitério Municipal);
- Ornamentação de urna completa Padrão Luxo (Urna destavada com visor, padrão Bignotto ref. 085 ou similar, alça resplendor, madeira de pinus com moldura nas laterais, fundo misto em madeira e chapadur, acabamento externo marrom ou sombreado com verniz PU);
- Arranjo de Flores no Livro de Presença (Flores Nobres);
- Jogo de Paramentos, Véu, Velas, 03 coroas de Flores Simples, Livro de Presença, Manta Mortuária, Comunicado em Jornal e Leque de Flores;
- Funeral;
- Cremação: 250 km entre ida e volta (A utilização do serviço de Cremação anula a utilização do serviço de Sepultamento);
- Traslado do Corpo (Sem limite de km);
- Locação de Jazigo (Locação pelo período de 03 anos - Taxas municipais);
- Preparação do Corpo (Higienização, Embalsamento e Tanatopraxia);
- Placa com Nome na Lápide;
- Repatriação de Corpo (Sem limite de km).

Considera-se como:

Traslado até o domicílio do segurado

a) Transporte ou repatriamento do corpo: garante o pagamento das despesas com todas as formalidades para traslado do corpo no decurso de viagem ao exterior, incluindo o fornecimento de urna funerária do tipo comum, adequada a tal transporte.

b) Transporte do corpo em território nacional até o local da residência no Brasil caso o falecimento tenha se dado em local diverso ao da residência: Se o segurado falecer na cidade de domicílio, o enterro deve ocorrer na cidade de domicílio. Não haverá traslado para outra localidade. Se segurado falecer fora da cidade de domicílio o traslado será realizado para a cidade de domicílio ou para outro local de Sepultamento (inumação) respeitando o limite de km, se houver.

Tratamento das formalidades para liberação do corpo e registro em cartório

Em caso de falecimento a prestadora de serviço encarregar-se-á da respectiva participação às autoridades competentes e acionará sua rede de prestadores de serviços responsáveis pelo tratamento das formalidades de liberação do corpo e do registro do óbito em cartório.

Atendimento e organização do funeral

O funeral será organizado pela prestadora de serviço, consoante o padrão previamente selecionado.

Transmissão de mensagens urgentes

O cônjuge do segurado, descendente ou outro parente poderá solicitar a transmissão de mensagens urgentes relacionadas com os serviços previstos.

3. ÂMBITO TERRITORIAL

3.1. O Serviço de Assistência Funeral será prestado ao Segurado em todo o território brasileiro e no exterior para o caso de repatriamento do falecido.

4. ATENDIMENTO

4.1. O Serviço de Assistência Funeral poderá ser acionado por meio da Central de Atendimento **0800 026 1900**, ou para contatos no exterior **55 11 4133-9299** com atendimento 24 horas.

4.2. Em caso do Serviço de Assistência Funeral não ser acionado, as despesas efetuadas com o funeral, até o limite de **R\$ 5.500,00 (cinco mil e quinhentos reais)**, serão reembolsadas mediante a apresentação das notas fiscais originais referentes aos serviços prestados.