

Aditivo de renovação de apólice de vida em grupo

VG EXPRESS

Grupo/Ramo: 09/93	Contrato n° 386027	Apólice n° 1099300025850/1	
Proposta N° 93000536569	Início da vigência 24hs do dia 30/09/2024	Fim da vigência 24hs do dia 30/09/2025	Data de emissão 10/10/2024
Apólice anterior renovada 1099300025850	Pró-labore 0%	Excedente técnico NÃO	Cosseguro NÃO

Dados do estipulante

Nome/razão social:

COMPANHIA DE HABITACAO POPULAR DE CAMPINAS COHAB

CNPJ:

46.044.871/0001-08

Telefone:**Endereço completo:**

AV FARIA LIMA, 10,

Bairro:

PARQUE ITALIA

Cidade:

CAMPINAS

CEP:

13036-900

UF:

SP

Código e descrição da atividade econômica principal

64.99-9 - Outras atividades de serviços financeiros não especificadas anteriormente

Dados do Corretor

Nome/razão social:

FERREIRA & TOZZI CORRETORA DE SEGUROS LTDA

CNPJ:

17.556.581/0001-45

Código Susep:

202037853



Pagamento de prêmio

Forma de pagamento	Periodicidade	Nº de parcelas	Vencimento todo dia
Ficha de Compensação - Itaú Com IOF - 148	Mensal	0	21

Observações

1. 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. As coberturas e os capitais segurados estão descritos nas condições contratuais do seguro.
2. A seguradora, tendo em vista as declarações constantes da proposta que lhe foi apresentada pelo estipulante, obriga-se a indenizar, nos termos e sob as condições gerais, especiais e/ou particulares convencionadas, as consequências dos eventos discriminados nas condições contratuais.
3. Para outras informações sobre o produto vinculado a esta apólice, acesse <http://www.susep.gov.br/menu/consultade-produtos-1> e informe o número do processo Susep*. Em caso de dúvidas relacionadas a normas e regulação, entre em contato com o atendimento Susep, pelo telefone gratuito 0800 021 8484.
4. As condições gerais deste produto protocolizadas pela seguradora junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante do certificado/apólice/proposta.
5. O registro deste plano na Susep não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
6. O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.

*Susep - Superintendência de Seguros Privados: autarquia federal responsável pela fiscalização, normatização e pelo controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.



Patricia Freitas
Presidente & CEO



Felipe Votto
Vice-Presidente Operações & COO

Central de Atendimento**0800 730 0011**

Segunda a sexta-feira, das 8h às 20h,
exceto feriados.
(Assistência Funeral - 24h)

(+55 11) 4133 6910

Atendimento no exterior
(Assistência Funeral - 24h)

SAC**Serviço de Atendimento ao Cliente****0800 730 0012**

Atendimento 24 horas

0800 730 0013

Em caso de deficiência auditiva ou de
fala Atendimento 24 horas

Ouvidoria Prudential**Vida em Grupo****0800 200 1020**

(Segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30
exceto feriados.)

Condições contratuais

VG EXPRESS

Proposta nº 93000536569	Grupo/Ramo: 09/93	Início da vigência 24hs do dia 30/09/2024	Fim da vigência 24hs do dia 30/09/2025
-----------------------------------	-----------------------------	---	--

Condições do Seguro - Uniforme

Grupo segurável

O grupo segurável será constituído por **Afastados, Diretores, Estagiários, Funcionários, Prestadores de Serviço, Sócios e Dirigentes**, desde que comprovado o vínculo com o estipulante e que preencham os requisitos de elegibilidade.

Os afastados estão cobertos, conforme cláusula Grupo Segurado, descrita nesta proposta.

Tipo de Adesão

Compulsória: 100% do grupo segurado.

A inclusão dos componentes no grupo segurável é feita de forma automática e todos os funcionários farão parte do grupo.

Dependentes

Cônjuges e/ou Filhos serão incluídos de forma Automática

Tipo de capital segurado

Uniforme

O capital será o mesmo para todos os segurados: **R\$91.014,89**.

Limite de Idade

Na implantação, será de 73 anos. Para novas inclusões durante a vigência, o limite de idade será de 70 anos. Acima desse limite, as novas inclusões poderão ser analisadas mediante a apresentação da DPS – Declaração Pessoal de Saúde – e novos cálculos serão embasados, podendo haver acréscimo de prêmio e alterações de condições.

Tipo de custeio

O seguro não é contributivo, isto é, os prêmios serão pagos integralmente pelo estipulante.

Cobertura(s)	Percentual	Capitais/Limites	Taxas
Morte	100.00	R\$ 91.014,89	0.234308
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ATÉ	100.00	R\$ 91.014,89	0.049790
Morte Conjuge	50.00	R\$ 45.507,45	0.000002
Morte Filhos	25.00	R\$ 22.753,72	0.000010

Observação

A **taxa média mensal** é a soma do resultado da ponderação das taxas por garantia e seus percentuais. Sua correta aplicação, exceto a garantia de Diária por Incapacidade Temporária, quando contratada, totalizará a taxa média acordada de **0.284102** (por mil). A referida taxa contempla o IOF de **0.38%**.

Grupo segurável

O grupo segurável será constituído por **Afastados, Diretores, Estagiários, Funcionários, Prestadores de Serviço, Sócios e Dirigentes**, desde que comprovado o vínculo com o estipulante e que preencham os requisitos de elegibilidade.

Os aposentados por tempo de serviço, que continuem em plena atividade profissional a serviço do estipulante, são considerados segurados ativos, portanto possuem cobertura securitária.

Âmbito Territorial das Coberturas

O Âmbito Territorial das Coberturas estará descrito nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

Vigência e Renovação

A presente apólice terá início de vigência a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia **30/09/2024** e fim de vigência nas 24 (vinte e quatro) horas do dia **30/09/2025**, podendo ser renovada automaticamente uma única vez caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência. A seguradora tem o direito de não renovar a apólice na data de vencimento, conforme estabelecido nas condições gerais do seguro.

Atualização monetária do prêmio e do capital segurado

Os capitais segurados e prêmio serão atualizados anualmente na renovação, salvo se houver manifestação contrária do Estipulante, pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE, ou outro índice que vier a substituí-lo.

O índice IPCA será o acumulado nos 12 (doze) meses, considerando os últimos três meses que antecedem ao aniversário do seguro, exceto quando se tratar de capital segurado Múltiplo Salarial, que será reajustado na mesma proporção e época dos reajustes salariais ou sempre que houver variação concedido pelo Estipulante, respeitado o capital máximo da apólice, que somente poderá ser reajustado mediante solicitação prévia do Estipulante e devida concordância da Seguradora.

Caso a apólice prevê a aceitação de afastados, o reajuste será apenas com base no dissídio coletivo da categoria.

Condições de aceitação e manutenção no grupo segurado

Todo componente constante no grupo segurável deverá preencher a proposta de adesão com a indicação de beneficiários.

Para novas inclusões no seguro, todo componente do grupo segurável deverá preencher e assinar a proposta de adesão contendo a declaração pessoal de saúde.

O estipulante deverá manter as propostas de adesão em arquivo e disponibilizá-las à seguradora sempre que solicitado e em caso de sinistro.

As propostas de adesão devidamente preenchidas que não tiverem nenhum apontamento na declaração pessoal de saúde e atividade ficarão no dossiê do funcionário e serão utilizadas para designação de beneficiários em caso de eventual sinistro.

A seguradora terá 15 (quinze) dias para se manifestar quanto à aceitação do proponente na apólice. Caso a seguradora não se manifeste neste prazo, será considerado como aceito o risco individual do proponente.

O simples recebimento da proposta de adesão e/ou da primeira parcela do prêmio não implica contratação/aceitação do seguro e, caso a proposta de adesão não seja aceita, durante o período em que a seguradora analisar o risco, vigorará a cobertura provisória com o devido pagamento do prêmio proporcional.

Os aposentados por idade ou tempo de serviço que continuem em plena atividade profissional a serviço do estipulante são considerados segurados ativos; portanto, possuem cobertura securitária.

Se, em algum momento, for constatada a presença de segurados em desacordo com as condições contratadas, por exemplo: demitidos, afastados, aposentados, ou indenizados por invalidez funcional permanente por doença (IFPD), quando não prevista expressamente a manutenção na apólice, a seguradora providenciará a exclusão imediata do segurado e a devolução dos prêmios pagos, com a devida atualização monetária, a partir da data do recebimento indevido do prêmio, e estará isenta do pagamento de quaisquer indenizações (inclusive sinistro).

Os segurados atualmente afastados e/ou aposentados por invalidez que ainda mantenham o vínculo com o estipulante e que não receberam indenização da cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD), aceitos pela seguradora, bem como os que se afastarem na vigência da apólice, estarão cobertos desde que estejam

informados na relação de segurados e que o estipulante repasse o valor referente ao prêmio de seguro desse participante à seguradora.

Os componentes do grupo segurável que estiverem afastados do trabalho na data de início de vigência do seguro e que não foram informados previamente à seguradora no momento da aceitação somente poderão ser incluídos na apólice após retorno às suas atividades profissionais. Os segurados já aceitos na apólice que se afastarem durante a vigência do seguro estarão cobertos, desde que permaneçam na relação de segurados e que o estipulante continue repassando o valor referente ao prêmio de seguro à seguradora.

Subestipulante

Toda e qualquer informação a respeito do(s) subestipulante(s) será de responsabilidade do estipulante. Os subestipulantes, se houver, estarão relacionados no item Anexos.

Franquias e carências

Eventos decorrentes de acidente pessoal: não há carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro. Outras carências e franquias, se houver, estão previstas nos Módulos.

Faturamento

O estipulante deverá encaminhar à seguradora, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao do risco, em arquivos eletrônicos mensais, em layout específico da seguradora, os seguintes dados do grupo segurado:

- | | | |
|----------------------|--------------------|---------------------------------------|
| - Matrícula | - Sexo | - Data de inclusão no seguro |
| - Nome completo | - CPF | - Salário total e/ou capital segurado |
| - Data de nascimento | - Data de admissão | - Prêmio do seguro |

O não cumprimento da obrigatoriedade do envio das informações para o 1º (primeiro) faturamento em até 90 (noventa) dias do início de vigência implicará o cancelamento da apólice, isentando, assim, a seguradora da responsabilidade de efetuar qualquer indenização.

Todos os segurados, novas inclusões e exclusões deverão constar do arquivo enviado mensalmente, inclusive os aposentados e afastados devidamente cobertos, com os capitais e prêmios atualizados de acordo com o início de cobertura. Esse arquivo caracterizará a cobertura e a posição mensal do seguro de cada segurado para efeito de indenização em caso de eventual sinistro ocorrido no mês da cobertura a que se referir o respectivo arquivo mensal, bem como para efeito de cobrança de prêmios.

Decorrido o referido prazo, sem que o estipulante tenha encaminhado o arquivo, a fatura mensal será emitida com base no último arquivo recebido pela seguradora, ou seja, sem alterações.

O não envio do arquivo ou qualquer incorreção é de única e exclusiva responsabilidade do estipulante.

Índices de adesão e manutenção da apólice

Nos seguros compulsórios, o índice mínimo para adesão e manutenção da apólice será de 100% (cem por cento) do grupo segurável. **Caso se verifique quantidade inferior a essa, a apólice poderá ser cancelada, a critério da seguradora, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias.**

Prêmio do seguro

O prêmio do seguro é calculado com base nas taxas contratadas na apólice.

Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento ou repasse do prêmio do seguro até a data de vencimento, que não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias da data de emissão do faturamento.

Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela mensal não quita o débito se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

Pagamento de sinistro

O pagamento de qualquer indenização de sinistro, de acordo com o Sistema de Pagamento Brasileiro (SPB) instituído pelo Banco Central do Brasil, ocorrerá mediante crédito em conta-corrente, que deverá ser indicada pelo segurado ou beneficiário e implicará a plena quitação da indenização. No caso de o segurado ou beneficiário não possuir conta-corrente, será indicada outra forma de pagamento.

No caso de sinistro em que o segurado tenha sido incluído ou mantido indevidamente na apólice, a responsabilidade da seguradora fica limitada à devolução dos prêmios pagos correspondentes à cobertura desse seguro.

Ocorrendo sinistro com segurado cujo capital conste com valor superior ao limite máximo em vigor na apólice ou não corresponda ao capital contratado, conforme condições da apólice, na data do evento, a responsabilidade da seguradora fica limitada ao capital máximo e ao capital contratado e à devolução da diferença dos prêmios pagos.

Não será considerada, para efeito de cálculo do valor da indenização, qualquer diferença relativa à adoção de critérios de aumento salarial divergente do que fora previamente pactuado no contrato. Uma vez constatada tal situação, será providenciada a imediata devolução acumulada das diferenças de prêmios pagos indevidamente.

Beneficiários

A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, salvo as indicações não previstas e não cobertas pela legislação civil.

O segurado poderá, por meio de solicitação formal preenchida e assinada, fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito. O documento com a indicação do(s) beneficiário(s) ficará sob a guarda e responsabilidade do estipulante, devendo ser enviada à Seguradora em caso de sinistro ou sempre que esta solicitar, no prazo de até 72 horas, sob pena de ressarcir à seguradora por eventuais prejuízos causados pela não exibição do documento original ou pelo envio do documento desatualizado.

Para efeito de regulação de sinistro, caso o estipulante não envie o formulário com a indicação de beneficiário(s), ou se não houver indicação desse(s), ou ainda, se por qualquer motivo não prevalecer designação feita, o capital segurado será pago de acordo com o que determinar a legislação em vigor à época do sinistro.

Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um. Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado titular e do(s) segurad(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependentes, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, conforme legislação vigente.

O beneficiário do segurado dependente será sempre o segurado titular.

Caso haja particularidades em relação aos beneficiários de alguma cobertura, elas estarão descritas nas condições especiais da cobertura.

Inadimplência e cancelamento da apólice

O não pagamento do prêmio após a data do vencimento constitui o segurado ou o estipulante em mora, de acordo com o caso, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

Durante o período de tolerância do seguro, ou seja, em 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 e/ou o estipulante 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.

Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de tolerância, mediante cobrança do prêmio devido.

O seguro ficará automaticamente cancelado na hipótese de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro não ser paga em até 60 (sessenta) dias corridos a contar do seu primeiro vencimento.

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.

A apólice poderá também ser cancelada a qualquer época, por mútuo e expresso consenso entre o estipulante e a seguradora, desde que haja anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, ou no vencimento da apólice, observado o disposto nas condições gerais.

Alteração

Nenhuma alteração desta apólice será válida se não for feita por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela seguradora.

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

Pró-labore

Disposições finais

Em caso de falecimento por acidente, as indenizações previstas pelas coberturas de Morte e Morte Acidental, caso contratadas em conjunto, se acumulam.

O pagamento do capital segurado para a cobertura especial de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso contratada, será proporcional ao grau de invalidez apurado em perícia médica, tendo como parâmetro a tabela de invalidez da Susep, limitada ao percentual definido na cobertura. Em nenhuma hipótese será considerado o laudo do INSS e DPVAT para apuração desta cobertura.

A concessão de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez pela Previdência Social (INSS), por regime próprio, por regime especial ou por outra instituição pública ou privada não caracteriza por si só o "quadro clínico incapacitante", conforme previsto na cobertura especial de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, caso contratada, sendo necessária a comprovação do evento coberto por este seguro. Da mesma forma, a incapacidade laborativa, seja ela total ou parcial, temporária ou definitiva, caracterizada pela incapacidade para o exercício de determinada atividade profissional ou laborativa, também não configura, por si só, o "quadro clínico incapacitante", sendo necessária a comprovação do evento coberto por este seguro.

Na cobertura especial de Inclusão de Filhos, caso contratada, a indenização para menores de 14 (quatorze) anos, em caso de falecimento, destina-se apenas ao reembolso de despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das notas fiscais originais especificadas.

Ratificação

Ratificam-se as condições gerais e especiais do seguro de vida em grupo, desde que não alteradas por este instrumento.

Observações complementares

Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada via aditivo à apólice.

Além da Ouvidoria Prudential, o segurado poderá registrar reclamações no site www.consumidor.gov.br.

Estão dispensados do preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, o grupo de segurados informados na cotação e novos proponentes com idade inferior ou igual a 70 anos.

Anexos

Fazem parte integrante e inseparável os anexos a seguir:

-Relação dos Subestipulantes

-Condições Especiais -Condições Gerais

-Relação dos Segurados Afastados

Dados do subestipulante

Nr°	Nome/razão social	CNPJ
1	COMPANHIA DE HABITACAO POPULAR DE CAMPINAS COHAB	46.044.871/0001-08

Endereço completo

AV FARIA LIMA, Nº 10 -
PARQUE ITALIA - CAMPINAS - SP
CEP 13.036-900

Condições Gerais

Condições Especiais

COBERTURA BÁSICA - MORTE

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem, ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado de Morte, se o segurado falecer, durante o período de vigência da apólice, por quaisquer causas, naturais ou acidentais. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções, etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
- b) cópia autenticada da certidão de óbito;
- c) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;
- e) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada.
- f) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou outro documento hábil que comprove o salário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE PESSOAL

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1 São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento de indenização até o valor do capital segurado contratado, 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 do seguro e que resulte em invalidez permanente total ou parcial do segurado, comprovada por declaração médica. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.

Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente no momento da alta médica definitiva, a seguradora indenizará de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Invalidez permanente	Evento	%sobre a importância segurada
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial – diversos	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
Parcial – diversos	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento torácico-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	Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
Parcial – membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos 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 dos quadris	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	Indenização equivalente 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	

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

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

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.

Quando o mesmo acidente pessoal provocar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as respectivas porcentagens, cujo total não pode exceder 100% (cem por cento) do capital segurado para esta cobertura.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder o percentual da indenização previsto para a perda total de tal membro ou órgão.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já apresentava problemas/perda em suas funções antes do acidente pessoal deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

Se, depois que a indenização por invalidez permanente total por acidente pessoal for paga, ocorrer a morte do segurado ou nova caracterização de invalidez em consequência do mesmo acidente, a importância já indenizada será deduzida da indenização a ser paga.

A invalidez permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à seguradora. Não será aceita a aposentadoria por invalidez concedida por instituição oficial de previdência ou assemelhados como caracterização por si só do estado de invalidez permanente.

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

Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de junta médica, nos termos da cláusula 21, "Junta médica", das condições gerais da apólice.

O pagamento do capital referente a essa cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- a) doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou lesão por esforço repetitivo (LER), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressaltadas infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- b) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal, definido nas condições gerais.

Estão ainda expressamente excluídos desta cobertura os acidentes pessoais ocorridos em consequência de:

- a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves ou veículos náuticos;
- c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;
- d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões das condições gerais, especiais e do contrato de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico da invalidez em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que provocou a invalidez permanente do segurado.

6. Cessaçãõ da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessaçãõ da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

- a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a ficar permanente inválidos, como consequência direta do acidente pessoal coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenizaçãõ prevista nesta cobertura.

7. Solicitaçãõ de indenizaçãõ

7.1. Para solicitaçãõ da indenizaçãõ, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenizaçãõ decorrente desta cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir e observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidaçãõ de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado, ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evoluçãõ do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- b) cópia do boletim de ocorrência policial, quando houver registro;
- c) cópia da comunicaçãõ de acidente de trabalho (CAT) em caso de acidente de trabalho;
- d) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesãõ. Deverãõ ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serãõ posteriormente devolvidos;
- e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, se realizados;
- f) cópia da carteira nacional de habilitaçãõ (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- g) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- h) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
- i) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou outro documento hábil que comprove o salário;
- j) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente);

k) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, "Beneficiários em caso de Morte Acidental", das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR - INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cláusula suplementar e o pagamento do prêmio adicional correspondente garantem o pagamento de indenização, no caso de morte, morte acidental ou invalidez permanente total ou parcial por acidente, desde que contratadas, do cônjuge do segurado titular, ocorridas durante ou decorrentes de eventos ocorridos durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

2.2. Serão incluídos automaticamente, para as coberturas contratadas, os cônjuges dos segurados titulares que atendam às condições de aceitação para ingresso no seguro, sendo o capital segurado fixado em percentual não excedente a 100% do capital da respectiva cobertura do segurado principal.

2.3. Equiparam-se a cônjuge, o(a) companheiro(a) do segurado titular, desde que efetivamente comprovada a união estável.

2.4. As garantias para o cônjuge e/ou companheiro(a), incluído conforme esta cláusula suplementar, somente poderão ser contratadas se também previstas para o segurado titular, do qual o cônjuge e/ou companheiro(a) é segurado dependente.

2.5. Para todos os efeitos legais, o(a) companheiro(a) do segurado titular deve ser devidamente reconhecido na forma da lei.

3. Riscos excluídos

3.1. Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

3.2. Deverão ser observados os riscos excluídos das coberturas de Morte, Morte Acidental e Invalidez Total ou Parcial por Acidente caso contratadas.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida de acordo com a sinistralidade da cobertura principal, conforme se segue:

a) Morte ou Morte Acidental: em todo o globo terrestre.

b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: a cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Esta cobertura é válida de acordo com a sinistralidade da cobertura principal, para fins desta cobertura, considerar-se-á:

- a) a data do óbito no caso de morte; ou
- b) a data do acidente no caso de Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental.

6. Cessação da cobertura

6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes" das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, conforme o caso, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos na cobertura principal.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cobertura principal, observada a cláusula 19 "Procedimento em caso de sinistro" das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) cópia autenticada da certidão de óbito;
- b) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito ou documento correspondente em caso de companheiro(a);
- c) relatório médico detalhado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- d) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
- e) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário;
- f) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

7.4. A indenização será paga ao segurado titular nos casos de Morte e Morte Acidental e ao cônjuge do segurado titular em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito deste seguro o beneficiário será sempre (i) o segurado titular, nos casos de Morte e Morte Acidental, e (ii) o próprio cônjuge do segurado titular nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, podendo a quitação ser dada por seus representantes legais no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado titular ou o cônjuge do segurado titular, conforme o caso, falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar

9.1 A cobertura desta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:

- a) quando ocorrer qualquer das situações previstas nas condições gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;

- b) no caso de o segurado titular ser excluído da apólice;
- c) no caso de morte do segurado titular;
- d) no caso de separação judicial ou divórcio;
- e) no caso de desconstituição de união estável, quando se tratar de companheiro(a);
- f) por solicitação do segurado titular; e,
- g) por solicitação do estipulante, por escrito.

10. Disposições gerais

10.1 Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR - INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura suplementar e o pagamento do prêmio adicional correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado, no caso de morte e/ou morte acidental do filho do segurado titular, considerado dependente nos termos previstos no regulamento do imposto de renda e/ou Previdência Social, desde que contratadas e ocorrida durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

2.2. Serão incluídos automaticamente, nas coberturas definidas nesta cláusula, os filhos, enteados ou menores considerados dependentes do segurado titular e comprovado na forma da lei.

2.3. Quando ambos os cônjuges forem segurados do grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado titular para efeito desta cobertura.

2.4. O capital segurado correspondente será estabelecido em percentual não superior a 100% do segurado titular, o qual será o beneficiário do seguro.

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

2.6. Incluem-se entre as despesas com funeral:

- a) sepultamento ou cremação;
- b) aquisição ou locação de jazigo por até 3 (três) anos;
- c) passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família;
- d) urna para o sepultamento;
- e) coroa de flores;
- f) traslado do corpo, exclusivamente no Brasil;
- g) ornamentação de urna;
- h) velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);
- i) mesa de condolências;
- j) registro de óbito;
- k) carro funerário;
- l) veículo de aluguel com motorista;

m) assessoria para formalidades administrativas.

2.7. O adicional relativo ao custo desta cobertura será determinado no contrato do seguro.

2.8 Esta cláusula suplementar deve ser contratada expressamente pelo segurado titular, e essa contratação só poderá ser feita com a inclusão automática de todos os filhos do segurado titular enquadrados como segurado dependente na definição desta cláusula suplementar.

2.9 As garantias contratadas para o segurado dependente serão aquelas definidas nas condições contratuais e no certificado de seguro.

2.10 Para efeitos desta cobertura, a indenização correspondente à morte do segurado dependente será paga diretamente ao segurado titular.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções, etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, 'Riscos excluídos', das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

3.2. Deverão ser observados os riscos excluídos das coberturas Morte e Morte Acidental, caso contratadas.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do óbito do filho do segurado titular.

6. Cessaçã da cobertura

6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessaçã da cobertura para os segurados dependentes" das condições gerais.

6.2. Além das hipóteses previstas na cláusula 18.3, "Cessaçã da cobertura para os segurados dependentes" das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem essas condições, cessa ainda com o cancelamento da cobertura suplementar de inclusão de filhos.

7. Solicitaçã de indenizaçã

7.1. Para solicitaçã da indenizaçã, a seguradora deverã ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado titular ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos na cobertura principal.

7.2. O pagamento de qualquer indenizaçã decorrente da presente cobertura serã efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cobertura principal, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposiçães do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) cópia autenticada da certidão de óbito do(a) filho(a);
- b) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico que assistiu o filho;
- c) formulário de autorização para crédito em conta do segurado titular, devidamente preenchido e assinado;
- d) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
- e) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário.

7.4. A indenização será paga ao segurado titular de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito deste seguro o beneficiário será sempre o segurado titular, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade

com a cláusula beneficiária, item 23.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar

9.1 A cobertura desta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:

- a) quando ocorrer qualquer das situações previstas nas condições gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;
- b) no caso do segurado titular ser excluído da apólice;
- c) no caso de morte do segurado titular;
- d) no caso de cessação da condição de dependente do segurado titular previsto na forma da lei;
- e) por solicitação do segurado titular;
- f) por solicitação do estipulante, por escrito;
- g) quando for cancelada a cláusula suplementar de inclusão automática de cônjuge; e
- h) quando for cancelada a cláusula suplementar de inclusão de filhos.

10. Disposições gerais

10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.