



CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS COLETIVO – VIDA

1.	DEFINIÇÕES	2
2.	OBJETIVO DO SEGURO	5
3.	COBERTURAS DO SEGURO	5
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	6
5.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	7
6.	FRANQUIA.....	7
7.	ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	7
8.	VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL.....	8
9.	VIGÊNCIA DA APÓLICE	8
10.	RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	9
11.	CAPITAL SEGURADO	9
12.	ATUALIZAÇÃO DE VALORES	10
13.	PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	10
14.	SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO	11
15.	CANCELAMENTO DO RISCO INDIVIDUAL.....	11
16.	CANCELAMENTO DA APÓLICE	12
17.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	12
18.	FORMA DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES	15
19.	PERDA DE DIREITO	15
20.	BENEFICIÁRIOS	16
21.	SUB ROGAÇÃO	17
22.	DO FORO.....	17
23.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	17
24.	ALTERAÇÕES.....	18
25.	PRESCRIÇÃO	18
26.	DISPOSIÇÕES GERAIS	18



1. DEFINIÇÕES

1.1. Acidente Pessoal – é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

1.1.1. Incluem-se nesse conceito:

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

1.1.2. Excluem-se desse conceito:

- a. as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos quando não decorrentes de acidente coberto;
- c. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 1.1. destas Condições Gerais.

1.2. Apólice – é o instrumento do contrato do seguro pelo qual a Seguradora assume a responsabilidade sobre os riscos estabelecidos nas condições gerais, especiais, cláusulas adicionais e suplementares do seguro e proposta de adesão.

1.3. Aviso de Sinistro – é a comunicação específica de um sinistro, que o Estipulante, Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do sinistro.

1.4. Beneficiário – É a pessoa física ou jurídica em favor da qual é devida a indenização em caso de sinistro. O beneficiário pode ser determinado, quando constituído nominalmente no Certificado Individual de Seguro, ou indeterminado, quando desconhecido na formação do contrato.

1.5. Capital Segurado – é a importância máxima estabelecida para cada cobertura contratada no seguro, a ser paga pela Seguradora ao segurado ou a seu(s) beneficiário (s) em caso de ocorrência de sinistro.

1.6. Carência – é o período durante o qual a Seguradora está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória, independentemente do fato de os prêmios do seguro relativos ao período terem sido pagos em dia. **Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente.**

1.7. Certificado Individual de Seguro – é o documento destinado ao segurado, emitido pela Seguradora, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou das alterações solicitadas.

1.8. Coberturas - são as obrigações que a Seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, desde que previsto no contrato do seguro e constantes no Certificado Individual de Seguro.

1.9. Componentes Seguráveis – São seguráveis os componentes principais e dependentes que satisfaçam as condições de aceitação no seguro.

1.10. Componentes Principais – São componentes principais aqueles que mantêm vínculo com o Estipulante.

1.11. Componentes Dependentes – São componentes dependentes os cônjuges e os filhos, enteados e menores considerados dependentes do componente principal, de acordo com o Regulamento do Imposto sobre a Renda.

1.12. 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.

1.13. 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.

1.14. Condições Especiais – é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

1.15. 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.

1.16. Declaração Pessoal de Saúde – é o documento no qual o Segurado declara informações sobre sua saúde e atividade profissional, que permitirão a Seguradora avaliar as condições de aceitação ou recusa do Seguro.

1.17. Doença Preexistente – São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação ou de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o Segurado omite tratamento realizado na contratação do plano de seguro.

1.18. Estipulante – é a pessoa jurídica legalmente constituída que contrata o seguro em benefício dos segurados, ficando investida dos poderes de representação do segurado perante a Seguradora.

1.19. Evento Coberto – é o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevisível, descrito nas coberturas do seguro, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Gerais e desde que ocorrido na vigência do seguro.

1.20. Franquia – termo utilizado para definir o valor calculado matematicamente e estabelecido no contrato de seguro, até o qual ele não se responsabiliza a indenizar o segurado em caso de sinistro.

1.21. Indenização – é a garantia do pagamento ao(s) beneficiário(s) ou ao próprio segurado quando da ocorrência do evento coberto previsto no contrato de seguro.

1.22. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – para fins de aplicação deste seguro, define-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente só se caracteriza por meio de um laudo médico habilitado, desde que haja a conclusão de todo e qualquer tratamento visando à recuperação do segurado.

1.23. Médico Assistente/Habilitado – é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como Médico Assistente/Habilitado o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.**

1.24. Prêmio – é a importância paga pelo Estipulante ou pelo segurado à Seguradora, para a garantia do risco exposto, determinado no contrato do seguro.

1.25. Proponente – é a pessoa física que se propõe a contratar o seguro e que passará à condição de segurado somente após sua aceitação pela Seguradora e consequente emissão do Certificado Individual de seguro.

1.26. Primeiro Risco Absoluto - Forma de contratação de seguro através da qual a Seguradora responde pelos prejuízos indenizáveis, respeitando-se os respectivos Limites Máximo de Indenização, não sendo aplicável qualquer tipo de rateio no valor das indenizações devidas.

1.27. Proposta de Seguro/Adesão – 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.

1.28. Risco – é o evento incerto ou de data incerta e que independente da vontade das partes contratantes e contra a qual é feito o seguro.

1.29. Segurado – é a pessoa física efetivamente aceita pela Seguradora e incluído no seguro, responsável pela pontualidade do pagamento dos prêmios e pela veracidade das informações fornecidas na Proposta de Seguro.

1.30. Seguradora – é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no País, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, conforme as condições contratuais deste seguro.

1.31. Seguro – é o contrato pelo qual a Seguradora mediante a cobrança de prêmio se compromete a indenizar o segurado ou o beneficiário pela ocorrência do evento contratado na apólice. É constituído pela proposta de adesão, condições gerais e demais documentos necessários à operação do seguro.

1.32. Seguro Contributário – é aquele em que os segurados pagam o prêmio do seguro contratado total ou parcialmente à Seguradora.

1.33. Seguro não Contributário – é aquele em que os segurados não pagam o prêmio do seguro, sendo ele totalmente pago pelo Estipulante à Seguradora.

1.34. Sinistro – é a ocorrência de acontecimento futuro e incerto previsto no contrato de seguro e que, legalmente, obriga a Seguradora a indenizar o evento coberto pela apólice, ocorrido durante a vigência do seguro.

1.35. Sub Rogação – a Sub Rogação tem lugar no seguro quando, após o sinistro e paga a indenização pelo segurador, este substitui o segurado nos direitos e ações que o mesmo tem de demandar o terceiro responsável pelo sinistro.

1.36. Vigência – é o período de tempo fixado para validade do seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente seguro tem o objetivo de garantir o pagamento de uma indenização ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiários, no caso de ocorrência de um dos eventos cobertos previstos nas coberturas constantes nas Condições Gerais e Especiais, desde que observadas as restrições legais e contratuais e as demais cláusulas, exceto se decorrentes de itens excluídos.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As coberturas oferecidas por este seguro dividem-se em básica, adicionais e suplementares, sendo a básica de contratação obrigatória e as demais de contratação facultativa.

3.2. A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este plano de seguro e contratada(s) pelo Estipulante encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) Condições Especiais, que faz (em) parte integrante e complementar destas Condições Gerais.

3.3. Cobertura Básica:

- Morte

3.4. Coberturas Adicionais e Cláusulas Suplementares:

- Morte Acidental
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- Invalidez Permanente Total por Acidente
- Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença
- Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença
- Pagamento Antecipado Especial por Consequência de Doença Profissional
- Diária de Incapacidade Temporária por Doença - DITD
- Diária de Incapacidade Temporária por Acidente - DITA
- Cesta Básica – Afastamento por Acidente de Trabalho
- Diárias de Internação Hospitalar em Decorrência de Acidente Pessoal ou Doença
- Diárias de Internação Hospitalar em Decorrência de Acidente Pessoal
- Perda Involuntária de Emprego - PIE
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas
- Cirurgia Decorrente de Acidente Pessoal
- Indenização Especial de Filhos Póstumos



- Indenização Especial de Filhos Póstumos - Acidente
- Rescisão Contratual
- Adaptação de Casa e/ou Veículo Decorrente de Acidente
- Auxílio Invalidez Permanente Total por Acidente
- Auxílio Medicamentos Decorrente de Acidente de Trabalho
- Auxílio Funeral
- Auxílio Funeral Familiar
- Auxílio Alimentação
- Auxílio Educação por Morte do Segurado Titular
- Despesas Diversas
- Auxílio Natalidade
- Assistência Funeral
- Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge (Morte, Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente)
- Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos (Morte)
- Doença Congênita
- Excedente Técnico
- Cláusula Particular de Embargos e Sanções

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos das Coberturas do Seguro quaisquer eventos não especificados nestas condições contratuais, bem como os ocorridos em consequência e/ou resultantes de:

- a. 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;
- b. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c. ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- d. lesões ou doenças preexistentes à contratação do plano de seguro, que sejam de conhecimento do segurado na data de contratação do plano de seguro que não tenham sido declaradas pelo Segurado na proposta de adesão;
- e. furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f. lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado ocorrida nos primeiros 02 (dois) anos de seguro ou da sua recondução depois de suspenso;
- g. atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.
- h. atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes nos seguros contratados por pessoas jurídicas.
- i. doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na Proposta (doenças preexistentes);
- j. de acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;
- k. epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.

4.2. Não estão cobertos os danos e as perdas causadas 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 atentado à ordem pública pela autoridade pública competente.

4.3. Não se considera risco excluído a morte do segurado proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Estão cobertos os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. FRANQUIA

6.1. Conforme constante nas condições especiais da cobertura contratada.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A contratação do seguro será realizada mediante apresentação da Proposta de Contratação, assinada pelo representante legal do Estipulante ou por corretor de seguros habilitado.

7.2. Este plano de seguro é contratado a Primeiro Risco Absoluto. Desta forma, em nenhuma hipótese, as indenizações devidas sofrerão aplicação de rateio.

7.3. São seguráveis todas as pessoas que possuam vínculo com o Estipulante, passível de comprovação efetiva, mesmo quando se tratar de empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais do Estipulante, de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas e desde que atendam os requisitos seguintes:

7.3.1. Somente serão aceitos os proponentes que se encontrem em boas condições de saúde e em plena atividade de trabalho no dia fixado para início do respectivo risco individual. A condição de saúde do segurado será por ele declarada no ato da proposição do seguro à Seguradora.

7.3.2. Cada proponente deverá formalizar à Seguradora o pedido de sua admissão ao seguro por meio de formulário de Proposta de Adesão assinado, onde deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

7.4. Para a aceitação dos proponentes no seguro, a Seguradora poderá eventualmente exigir o fornecimento de declaração pessoal de saúde, relatório médico, exames específicos, resultados de exames complementares, declarações complementares e outras informações que julgar necessária, além de perícia médica realizada pelo departamento médico da Seguradora.

7.4.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

7.5. As perícias médicas realizadas pelo departamento médico da Seguradora serão custeadas pela própria Seguradora.

7.6. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a Proposta, a contar da data de seu recebimento. Caso não haja manifestação expressa em contrário à aceitação será automática.

7.7. Caso sejam necessários, a Seguradora poderá solicitar uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta. O prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.8. Em caso da não aceitação da proposta, a Seguradora procederá à comunicação formal justificando a não aceitação da mesma.

7.8.1. No caso de ausência de manifestação por escrito pela Seguradora, no prazo previsto de 15 dias, a proposta estará tacitamente aceita.

7.9. Em caso de recusa do risco, em que o prêmio total ou parcial tenha sido pago antecipadamente, a Seguradora restituirá ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias da formalização da recusa, o valor deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Durante o período compreendido entre a data da recepção do prêmio pago antecipadamente até a data da formalização da recusa, haverá cobertura do seguro.

7.10. O Estipulante remeterá, mensalmente, à Seguradora, até o dia contratualmente estabelecido, relação atualizada dos Segurados contendo informações para cálculo do Prêmio e emissão da respectiva fatura.

7.11. A seguradora poderá solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação ao proponente ou ao segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

7.12. No início de vigência e em cada renovação do seguro, será enviado a cada segurado, um Certificado Individual que conterá os seguintes elementos mínimos:

- a. Data do início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; e
- b. Capitais segurados de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes, além do prêmio total.

8. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. A vigência do risco individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for especificada no critério estabelecido em contrato.

8.1.1. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.1.2. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

8.2. A data do fim de vigência do seguro individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior à data em que for especificada no certificado de seguro.

8.3. Em quaisquer circunstâncias, as coberturas individuais previstas neste contrato de seguro estarão condicionadas ao envio de informações periódicas de cada uma das vidas seguradas, por parte do estipulante e em conformidade com o especificado no item 23 – Obrigações do Estipulante, e que farão parte integrante do presente contrato de seguro a partir da emissão dos respectivos endossos.

9. VIGÊNCIA DA APÓLICE

9.1. A Apólice terá vigência pelo prazo de 12 (doze) meses, desde que os Prêmios sejam pagos regularmente até o seu vencimento.

9.2. O início de vigência de apólices será a partir das 24 (vinte e quatro) horas, conforme expresso na Apólice, certificados individuais e endossos,

9.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

10. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1. A Apólice poderá ser renovada automaticamente por uma única vez pelo mesmo prazo de vigência inicial, desde que não haja expressa desistência da Seguradora ou do Estipulante dentro de até 60 (sessenta) dias corridos antes de seu final de vigência.

10.2. As renovações posteriores deverão ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa, desde que realizada pelo Estipulante, e não implicarem ônus ou dever para o segurado ou a redução de seus direitos, do contrário deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

10.2.1. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final da sua vigência.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. Os Capitais Segurados serão definidos na Proposta de Adesão, obedecendo aos limites mínimos e máximos comercializados pela Seguradora.

11.1.1. Para fins de liquidação de sinistro, o Capital Segurado será determinado considerando-se a data do evento, devidamente caracterizado.

11.1.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

- a. para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente pessoal coberto;
- b. para a cobertura de morte, a data do óbito;
- c. para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais;
- d. para as coberturas cuja indenização corresponda a reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo segurado.

11.1.2. A reintegração do capital segurado para a cobertura de Invalidez Parcial Permanente por Acidente é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

11.2. Caso o segurado realize a contratação de mais de um seguro regido por estas Condições Gerais, a soma dos Capitais Segurados para uma mesma cobertura não poderá ultrapassar o Limite máximo estipulado na apólice para sua idade na data da contratação.

11.2.1. A aceitação, pela sociedade seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de capital segurado acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao limite de retenção.

11.3. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

12. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

12.1. O Prêmio Individual e o Capital Segurado serão reajustados anualmente, na data de aniversário do seguro, pelo IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística acumulado os 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao do aniversário do seguro.

12.2. Em caso de alteração, extinção ou proibição pela autoridade competente do índice adotado, será utilizado o índice IGPM – Índice Geral de Preços do Mercado, da Fundação Getúlio Vargas.

12.3. Nos casos de aumento do Capital Segurado, caberá ao Estipulante solicitá-lo previamente à Seguradora, por escrito.

12.3.1. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos (3/4) do grupo segurado.

13. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

13.1. O custeio deste seguro poderá ser contributivo, isto é, os segurados contribuem com o pagamento dos prêmios, total ou parcialmente; ou não-contributivo, no qual os segurados não contribuem com o pagamento dos prêmios.

13.2. A periodicidade de pagamento de prêmios deste seguro poderá ser mensal, trimestral, semestral ou anual e deve ser estabelecida em contrato.

13.3. A data limite para o pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da apólice de seguro, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação e dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento de prêmio.

13.4. Se a data limite para pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

13.5. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigada a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

13.6. Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

13.7. Em caso de atraso no pagamento do Prêmio, incidirão sobre este, juros de 0,167% (zero vírgula cento e sessenta e sete por cento) ao dia, contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

13.8. Nos seguros não contributivos o não pagamento do prêmio ensejará o cancelamento da apólice, respondendo a Seguradora pelos sinistros que venham a ocorrer até a data da formalização do cancelamento.



13.9. Nos seguros contributários, isto é, quando os Segurados contribuem parcial ou integralmente no pagamento do prêmio, se o Estipulante deixar de recolher os prêmios à Seguradora, tal fato não constituirá motivo para o cancelamento da apólice, uma vez que não caracteriza a inadimplência dos Segurados, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

13.10. Os valores de devolução de prêmios serão atualizados monetariamente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE, a partir das seguintes datas em que se tornarem exigíveis:

- No caso de cancelamento do contrato por iniciativa do segurado a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento. A sociedade seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- No caso de cancelamento do contrato, por iniciativa da Seguradora a partir da data do efetivo cancelamento;
- No caso de recebimento indevido de prêmio, a partir da data de recebimento do prêmio;
- **No caso de recusa de proposta pela Seguradora, a data de formalização da recusa.**

13.11. Na falta, extinção ou proibição do uso do Índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) ou índice que vier a substituí-lo.

13.12. A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

14. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

14.1. O não pagamento pelo Segurado, até o vencimento de qualquer parcela do prêmio implicará a suspensão imediata e automática das coberturas contratadas, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e/ou obrigações durante o período de inadimplência.

14.2. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios custeados pelos Segurados (contributário), estes não podem ser prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas.

14.3. No período de inadimplência a cobertura ficará suspensa e poderá ser reabilitada em até 30 (trinta) dias da data do vencimento da parcela não paga, período no qual não haverá cobertura do seguro e a Seguradora estará isenta de qualquer sinistro ocorrido. Após esse período o seguro será automaticamente cancelado.

14.3.1. A reabilitação da apólice ou certificado se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado ou o Estipulante retomar o pagamento do prêmio. Neste caso, a Seguradora responderá por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

14.3.2. No caso de seguros com cobrança postecipada de prêmios, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida em contrato,

14.4. No caso de pagamento do prêmio fora dos prazos estipulados no contrato de seguro, qualquer indenização dependerá de prova de que ele foi efetuado antes da ocorrência do sinistro.

15. CANCELAMENTO DO RISCO INDIVIDUAL



15.1. A extinção dos seguros individuais se dará:

- a. **respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada;**
- b. com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, salvo se o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e capitais Segurados, assumindo os custos do risco e de cobranças, mediante solicitação prévia e por escrito à Seguradora;
- c. quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice;
- d. quando o Segurado deixar de pagar até o vencimento qualquer parcela do prêmio e não houver a reabilitação do seguro, de acordo com o item 15;
- e. com a ocorrência da morte do Segurado Principal;
- f. automaticamente se o Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários agirem com dolo, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro.

16. CANCELAMENTO DA APÓLICE

16.1. **Decorridos 90 (noventa) dias da suspensão das coberturas sem que haja a retomada do pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações a partir da data de inadimplência, independente de notificação.** Nos seguros não contributários a seguradora responderá pelos sinistros que venham a ocorrer até a data de formalização do cancelamento, nos seguros contributários se o Estipulante deixar de recolher os prêmios à Seguradora, tal fato não constituirá motivo para o cancelamento da apólice, ficando o Estipulante sujeito a cominações legais, sendo que os segurados não poderão ser prejudicados no direito à cobertura do seguro respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas.

16.2. **O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes e com a anuência prévia e expressa de Segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.**

16.3. **No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**

16.4. **Não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, salvo nas situações de cancelamento e, desde que, tenha havido pagamento de prêmio referente ao período de risco a decorrer entre a data de cancelamento e a data de final de vigência da apólice.**

16.5. **O contrato não poderá ser cancelado durante a vigência pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza do risco.**

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1. A ocorrência do Sinistro, desde que o Seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, deverá ser comunicado imediatamente a Seguradora no formulário de aviso de sinistro, por fax, telegrama, carta, e-mail ou qualquer outro meio disponível no momento.

17.2. Para recebimento da indenização, deverá ser provada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato;

17.2.1. Qualquer indenização por força do presente contrato, somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo segurado.

17.2.2. O prazo para reclamação de indenização prescreverá conforme determinado em lei

17.3. Deverão ser entregues cópias autenticadas dos documentos relacionados, em caso de sinistros relacionados às coberturas descritas abaixo:

17.3.1. Para a cobertura Morte Natural:

- a. Aviso de Sinistro – formulário fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Beneficiário e, pelo médico que assistiu o Segurado;
- b. Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cédula de identidade e CPF do Segurado e do Beneficiário;
- d. Certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;
- e. Documentos que comprovem a condição de Beneficiários:
 - Cônjuge – Certidão de Casamento e Cédula de Identidade;
 - Companheira – Carteira Profissional do componente principal e Cédula de Identidade;
 - Filhos – Certidão de Nascimento e Cédula de Identidade;
 - Pais – Cédula de Identidade;
- f. Comprovante de Endereço do Segurado e do Beneficiário;
- g. Exame de Diagnóstico quando for requerido em função da causa morte (Ressonância Magnética; Biópsia e anatomopatológica etc...).

17.3.2. Para a cobertura Morte Acidental, além dos documentos referidos no subitem anterior:

- a. Certidão da Ocorrência Policial (B.O.);
- b. Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- c. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- d. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e. Comunicação de Acidente de Trabalho-CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou trabalho da mesma;
- f. Laudo Pericial do local do Acidente.

17.3.3. Para a cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a. Aviso de Sinistro e Acidentes Pessoais – formulário fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante e, pelo médico que assistiu o Segurado;
- b. Declaração Médica comprovando a invalidez permanente.
- c. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- d. Cédula de identidade e CPF do Segurado;
- e. Certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;
- f. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g. Comprovante de Endereço do Beneficiário;
- h. Laudo médico detalhado assinado pelo Médico Habilitado assistente, contendo o diagnóstico, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez;
- i. Raios-X das lesões e Exames complementares comprovando os diagnósticos e detalhamento da lesão e do competente prontuário médico em caso de internações hospitalares.
- j. Certidão da Ocorrência Policial (B.O);

17.3.4. Para a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

- a. Através do formulário denominado Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.
- b. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro).
- c. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item Dos Riscos Cobertos.
- d. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:
 - Cópia do documento de identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado;
 - Relatório do médico-assistente do Segurado:
 - indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
 - Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

Fica facultado à Sociedade Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Sociedade Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

17.3.5. Para a cobertura Auxílio Funeral, além dos documentos referidos nos subitens **17.3.1.** e/ou **17.3.2.**, conforme o evento:

- a. Notas Fiscais que comprovem as despesas funerárias.

17.3.6. Para a cobertura Auxílio Alimentação, considerar os documentos referidos nos subitens **17.3.1.** e/ou **17.3.2.**, conforme o evento.

17.3.7. Para a cobertura Morte ou Invalidez do Cônjuge, incluso por cláusula suplementar, considerar os documentos relacionados nos itens **17.3.1.** e/ou **17.3.2.**, ou ainda, **17.3.3.**, conforme o evento.

17.3.8. Para a cobertura Morte de Filhos, incluso por cláusula suplementar, considerar os documentos relacionados nos itens **17.3.1** e/ou **17.3.2**, conforme o evento.

17.4. As despesas efetuadas, com a comprovação do Sinistro e documentação de habilitação para recebimento da Indenização serão custeadas pelos interessados, exceto se realizadas pela Seguradora, a quem caberá, no caso de dúvidas, a adoção de medidas visando plena elucidação do Sinistro.

17.4.1. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

17.4.2. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

17.5. Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, mediante correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

17.6. A junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro desempatador serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

17.7. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

18. FORMA DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

18.1. O prazo para efetuar o pagamento da parcela única da indenização não excederá a 30 (trinta) dias, contados a partir da data da entrega dos documentos relacionados no subitem **17.3.**, para cada tipo de cobertura.

18.1.1. Não estarão cobertos os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.

18.2. A Seguradora poderá solicitar, em caso de dúvida fundamentada e justificada, outros documentos não relacionados anteriormente, sendo que o prazo para liquidação de sinistros sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

18.3. Depois de decorrido o prazo de 30 dias após recebimento de todos os documentos, o pagamento da indenização será acrescido de atualização monetária, pela variação positiva do índice IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, calculados a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento e de juros moratórios, calculados a base da taxa SELIC, com aplicação "pro rata die", **calculados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo de 30 dias**, até a data do efetivo pagamento.

18.4. Quando o pagamento do prêmio do seguro for prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, será contado desde a última atualização.

19. PERDA DE DIREITO

19.1. A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro caso haja, por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou Beneficiários:

- a. inexistência, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes na Proposta de Seguro e seus anexos que tenham influenciado na sua aceitação ou no valor do prêmio;
- b. agravar intencionalmente o risco, após a sua aceitação no seguro;
- c. inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais;
- d. tentativa ou ocorrência de fraude comprovada simulando Sinistro ou agravando as suas consequências durante a vigência do risco individual.

19.2. O Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários que agirem com dolo, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro ficará obrigado ao pagamento do prêmio vencido à Seguradora.

19.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora poderá:

Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

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

19.4. O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

19.4.1. A sociedade 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.

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

20. BENEFICIÁRIOS

20.1. Indicação: cabe ao Segurado nomear livremente seus Beneficiários na Proposta de Adesão, ressalvadas as restrições legais, podendo a qualquer tempo substituir os Beneficiários indicados bem como o percentual de participação de cada um, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

20.1.1. O beneficiário da cobertura de morte, em caso de contratação das cláusulas suplementares será sempre o componente principal.

20.2. Falta de Designação de Beneficiários em caso de Morte: não havendo expressa indicação de Beneficiários, ou na falta deles, serão considerados como tais os herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária, de acordo com o código civil brasileiro:

20.2.1. Artigo 791 – Código Civil Brasileiro

Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

Parágrafo Único

O segurador que não for cientificado oportunamente da substituição desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

20.2.2. Artigo 792 – Código Civil Brasileiro

Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

Parágrafo Único

Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

20.2.3. Artigo 793 – Código Civil Brasileiro

É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

20.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), a indenização referente à cobertura do segurado(s) dependente(s) deverá ser paga aos herdeiros legais do segurado, caso exista o pagamento de prêmio para a cobertura complementar.

20.4. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

21. SUB ROGAÇÃO

21.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil Brasileiro e no art. 89 da Circular SUSEP 302/2005.

22. DO FORO

22.1. Fica estabelecido que as questões judiciais entre o segurado ou beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro da comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

22.1.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso do previsto no item 22.1.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais.

23.2. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente.

23.3. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.

23.4. Repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente.

23.5. Repassar ao Segurado todas as comunicações ou aviso inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração.

- 23.6.** Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao plano de seguro, emitidos para o Segurado.
- 23.7.** Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.
- 23.8.** Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistro.
- 23.9.** Comunicar, de imediato, à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao plano de seguro contratado.
- 23.10.** Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
- 23.11.** Informa a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do plano de seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.
- 23.12.** Fornecer mensalmente à Seguradora uma relação discriminada dos Segurados a ser garantidos, contendo de cada um o nome, CPF, data de nascimento, data de adesão, número de certificado, e ainda o valor do saldo devedor, se for o caso.
- 23.13.** Fornecer a Seguradora todas as informações e cópias de documentos de sua responsabilidade necessários para a regulamentação de sinistros.
- 23.14. Promover a informação e o recebimento da expressa anuência dos Segurados que representem, pelo menos, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado, sempre que, pela Seguradora for comunicado qualquer alteração que implique ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos e que não estejam previstos pelo contrato de seguro.**

24. ALTERAÇÕES

- 24.1.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.
- 24.2.** Qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 24.3.** Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

25. PRESCRIÇÃO

- 25.1.** O direito do Segurado e/ou beneficiários em pleitear a indenização junto à Seguradora prescreve nos prazos estabelecidos nos termos do Código Civil Brasileiro.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 26.1.** Quaisquer tributos que incidam ou venham a incidir sobre o valor do prêmio ou Capital Segurado correrão por conta de quem a legislação específica determinar.
- 26.2.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 26.3.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 26.4.** 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.
- 26.5.** As condições contratuais / regulamento deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.
- 26.6.** 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

1.1. Garante o pagamento de uma indenização até o limite do capital segurado contratado, em caso de morte do Segurado por causas naturais e/ou acidentais, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais, e desde que não se trate de risco extremamente excluído.

1.2. Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento.

4. RATIFICAÇÃO

4.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.



CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional, desde que contratada, na forma a seguir indicada ao(s) beneficiário(s) do Segurado, o pagamento de uma indenização, em caso de morte deste, exclusivamente em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta cláusula, “acidente pessoal” é o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do Segurado.

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.2. **Excluem-se do conceito de acidente pessoal, para os fins desta cláusula:**

- a. **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto ;**
- b. **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c. **as lesões decorrentes , dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d. **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 1.1. das Condições Gerais.**

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Além dos riscos conceituados no subitem 2.1., estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a. ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b. choque elétrico e raio;
- c. contato com substâncias ácidas ou corrosivas;

- d. tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- e. infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- f. queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado por esta cláusula é proporcional ao Capital Segurado da cobertura básica em vigor na data do acidente, limitado a 100% deste, sendo a proporcionalidade expressa em contrato ou em aditivo próprio.

6. VIGÊNCIA DA COBERTURA

6.1. A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da cobertura básica, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar as condições iniciais da Apólice e termina:

- a. simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula Adicional;
- b. a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c. com o pagamento da indenização garantida pela presente Cláusula.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Esta Cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 17. das Condições Gerais.

7.1.1. Os Segurados deverão ser informados previamente, com a obtenção da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

7.1.2. Os Segurados deverão ser informados previamente, com a obtenção da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente Cláusula Adicional.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização nas hipóteses e graus estabelecidos na tabela de cálculo de indenização indicada no item 9.2., proporcional ao valor do capital segurado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente coberto, quando da alta médica definitiva, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins desta cláusula, considera-se “acidente pessoal” o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado.

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.2. **Excluem-se do conceito de acidente pessoal, para os fins desta cláusula:**

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 1.1. das Condições Gerais.**

2.2. Como invalidez permanente entende-se a perda ou redução funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão;

2.3. A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez pré-existente;

2.4. A perda de dentes, em consequência de acidente, não dá direito à indenização por invalidez permanente;

2.5. A invalidez permanente deve ser comprovada por declaração médica. A aposentadoria concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza por si só quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença para efeitos destas Condições Especiais.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Além dos riscos conceituados no subitem 2.1., estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) choque elétrico e raio;**
- c) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;**
- d) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;**
- e) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;**
- f) queda n'água ou afogamento;**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado por esta cláusula é proporcional ao Capital Segurado da cobertura básica em vigor na data do acidente, limitado a 200% (duzentos por cento) deste, sendo a proporcionalidade expressa em contrato da apólice ou em aditivo próprio.

5.2. Em caso de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o pagamento será efetuado em uma única vez.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. A reintegração do capital segurado de Invalidez Permanente Parcial por Acidente é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

7.1. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) da importância segurada para a cobertura garantida por esta cláusula; havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder ao percentual de indenização prevista para a sua perda total;

7.2. Quando decorrentes do mesmo acidente, as indenizações por Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por Morte deve ser deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

8. VIGÊNCIA DA COBERTURA

8.1. A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da cobertura básica, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar as condições iniciais da Apólice e termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. A indenização será paga de acordo com a tabela constante no item 9.2., calculadas pela aplicação das percentagens previstas na tabela ao Capital Segurado reajustado nos termos do item 25 das Condições Gerais;

9.2. Tabela e demais critérios de indenização por Invalidez por Acidente: após a conclusão do tratamento ou esgotados todos os recursos terapêuticos para a recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente do Segurado, ocasionada por acidente pessoal coberto nas condições deste Seguro, pagará a Seguradora ao segurado a correspondente indenização, de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

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



INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de 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 quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 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		

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

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

10. CESSAÇÃO DE COBERTURA

10.1. Esta Cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 16.das Condições Gerais.

10.2. Os Segurados deverão ser informados previamente, com a obtenção da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente Cláusula Adicional.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização caso o segurado venha a sofrer invalidez permanente total, em virtude de lesão física causada por acidente coberto, **mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis, observadas as demais cláusulas destas condições especiais, das condições gerais, e desde que não se trate de risco excluído.**

1.2. Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta Cláusula é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item 4.2 desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

2.1. A reintegração do capital segurado dessa cobertura é automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

3. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

3.1. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização não poderá ultrapassar a 100% (cem por cento) da importância segurada para a cobertura garantida por esta cláusula; havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder ao percentual de indenização prevista para a sua perda total;

3.2. Quando decorrentes do mesmo acidente, as indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam.

4. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

4.1. A indenização será paga de acordo com a tabela constante no item 4.2., calculadas pela aplicação das percentagens previstas na tabela ao capital segurado reajustado nos termos do item 18 das condições gerais;

4.2. Tabela e demais critérios de indenização por invalidez por acidente: após a conclusão do tratamento ou esgotados todos os recursos terapêuticos para a recuperação e verificada a existência de invalidez permanente total do segurado, ocasionada por acidente pessoal coberto nas condições deste seguro, pagará a seguradora ao segurado a correspondente indenização, de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100



INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
	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

4.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o seguro continuará vigente, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.

4.4. A invalidez permanente deve ser comprovada por declaração médica. A aposentadoria concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza por si só quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença para efeitos destas Condições Especiais.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Ratificam-se todas as disposições contidas nas condições gerais da apólice não modificadas pela presente cláusula adicional.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional, garante, desde que contratada, o pagamento de uma só vez do Capital Segurado contratado relativo a esta cobertura, como Antecipação da Cobertura de Morte, em caso de invalidez funcional permanente e total do Segurado, em consequência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos nos itens Conceitos, Riscos Excluídos e Cancelamento da Cobertura, constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins da cobertura de invalidez funcional total permanente por doença é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

2.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

Abaixo, seguem definições referentes a termos relacionados a presente cobertura adicional

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

2.2.2. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.2.3. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

2.2.4. **Auxílio:** ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.2.5. **Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave, volume 61, de 1993” e a “II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, volume 87, nº 2, de agosto de 2006”, ambos publicados pela Sociedade Brasileira de Cardiopatia.

2.2.6. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

2.2.7. **Dados Antropométricos:** peso e altura do Segurado.

2.2.8. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.2.9. **Disfunção Imunológica:** incapacidade de o corpo prover uma resposta imunológica normal às doenças que o acometem, podendo a disfunção ser genética ou adquirida em virtude de doença.

2.2.10. Doenças: para efeitos deste plano de seguro considera-se Doença como o conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função em um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste e desde que se configure como uma das patologias mencionadas no subitem 3.3.1 destas Condições Especiais.

2.2.11. Doença Crônica em Atividade: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.2.12. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.2.13. Doença Terminal: doença em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o doente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.2.14. Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação, sendo conhecidos como cânceres ou tumores malignos em atividade.

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

2.2.16. Doença ou Lesão Preexistente: São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação ou de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o Segurado omite tratamento realizado na contratação do plano de seguro.

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

2.2.18. Estado Mórbido: piora de uma doença.

2.2.19. Etiologia: causa da doença.

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

2.2.21. Hígido: saudável.

2.2.22. Perda da Existência Independente: ocorrência de quadro clínico incapacitante decorrente de doença que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.

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

2.2.24. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.2.25. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.2.26. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.2.27. Relações Existenciais: relação que capacitam à autonomia existencial do ser humano em suas relações de Conectividade com a Vida.

2.2.28. Risco Coberto: invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a perda da existência independente do Segurado ocorrida na vigência da apólice e/ou certificado individual.

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

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

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1. O risco coberto segurado é a invalidez funcional permanente e total por doença, desde que, a mesma seja causa da perda da existência independente na vigência da apólice e/ou certificado individual, é o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado.

3.2. O risco coberto, observado o disposto no item 5, as disposições das condições contratuais e a vigência da apólice e/ou do certificado individual, garantem ao beneficiário o pagamento da indenização.

3.2.1. O risco coberto, comprovado segundo critérios vigentes à época do pagamento da indenização e adotado pela classe médica especializada, deverá ser proveniente exclusivamente dos seguintes quadros clínicos:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico.
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais e, conseqüentemente, sua consumpção, sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao se controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestadas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual **decorrente de doença proveniente de:**
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
OU
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Estados mórbidos decorrentes de doença que acarretem:**
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- i) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.**

3.2.2. Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados por meio do instrumento de avaliação de invalidez funcional – IAIF (anexo I), atinjam, no mínimo, 60 (sessenta) pontos, de um total de 80 (oitenta) pontos possíveis.

- a)** Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos, a qual avalia, por meio de escala com 03 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade do Segurado com a vida, as quais são denominadas atributos e avaliados conforme abaixo:
 - O 1º grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto, considerando que o quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas; e
 - Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- b)** Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e morbidade, a qual mensura as evidências médicas positivas de cada uma das situações ali previstas.

3.2.2.1. O IAIF é composto por dois documentos:

3.2.2.2. Todos os atributos constantes do anexo serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, devendo os itens ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

3.3. A invalidez permanente deve ser comprovada por declaração médica. A aposentadoria concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza por si só quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença para efeitos destas Condições Especiais.

3.4. Poderá ser fixada no contrato uma carência para o pagamento da indenização, contada do início da vigência do contrato ou aumento do capital segurado, no que diz respeito à parcela do capital segurado que foi aumentada.

3.5. O prazo máximo da carência não poderá ser superior a dois anos e não poderá exceder metade do prazo de vigência da apólice.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além do disposto no item 04 das Condições Gerais deste plano de seguro, a Seguradora não garante o pagamento da indenização caso a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença e que cause a perda da existência independente do Segurado ocorrida na vigência do certificado individual e/ou da apólice ocorra por consequência, direta ou indireta, de:

- a) perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;**

c) doença agravadas por traumatismos.

4.2. Não se considera risco excluído a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença e que cause a perda da existência independente de Segurado durante a vigência da apólice e do certificado individual proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. CESSAÇÃO DE COBERTURA

5.1. O pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerada como uma antecipação da cobertura para o caso de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a cobertura para o caso de Morte, assim como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

5.2. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais, do Contrato.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

ANEXO – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHA E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR	00



ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	SUAS TAREFAS NORMAIS.	
	2° GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3° GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO	20
	1° GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS	00
	2° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIO, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

DOCUMENTO 2: TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS	02



IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO..	
HÁ OU HOVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE	04
CERTIFICA-SE SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRAATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional, desde que contratada, garante o pagamento antecipado do capital segurado individual de uma só vez contratado para a cobertura de Morte, no caso de caracterizada a Invalidez Laborativa Permanente e Total, exclusivamente decorrente de doença, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

1.2. Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

1.3. A cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença não se acumula com nenhuma outra cobertura.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Considera-se invalidez laborativa permanente e total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação para a atividade laborativa principal do segurado.

2.2. A atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou sua invalidez.

2.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.4. Considera-se paciente terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte em um prazo de aproximadamente 6(seis) meses da data do diagnóstico.

2.5. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do Segurado. Este atestado deverá estar acompanhando do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

2.6. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, consideram-se também como riscos excluídos:

a. pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa;



- b. perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- c. doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito direta ou indireta, em qualquer expressão, com a(s) atividade(s) profissional(is) exercida(s) pelo segurado, em qualquer momento progressivo;
- d. doenças agravadas por traumatismos.

3.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, comprovação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, para fins desta cobertura, devendo ser comprovada através de declaração médica.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para essa cobertura será estabelecido contratualmente, deverá constar na respectiva Apólice do seguro e em quaisquer situações representará a responsabilidade máxima da seguradora por evento e por vigência.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação do sinistro, a data da invalidez laborativa permanente e total indicada na declaração médica, devidamente preenchida e assinada por médico-assistente.

5. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

5.1. No caso de sinistro, deverão ser apresentados os seguintes documentos para análise:

a) Cópia Simples

- Comprovante de vínculo com o estipulante
- RG(Cédula de Identidade); CPF(Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do segurado;
- Exames laboratoriais de diagnóstico da doença.

b) Documento Original

- Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;
- Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e o grau de invalidez, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como **a data da caracterização da invalidez.**

5.2. A invalidez laborativa por doença deverá ter data posterior à inclusão do segurado na apólice e ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade.

5.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

5.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. O beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado.

6.2. Reconhecida a invalidez laborativa total por doença a indenização será paga de uma só vez.

6.3. Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença uma antecipação da cobertura de Morte, **seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de Morte, bem como o presente seguro.**

6.4. Ocorrerá a cessação desta cobertura com o recebimento do Capital Segurado.

6.5. Não ficando comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), o seguro continuará em vigor, **observadas os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.**

6.6. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

6.7. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constitui ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

7. JUNTA MÉDICA

7.1. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou avaliação do estado da Invalidez Laborativa Permanente Total Permanente Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15(quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída por 3(três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

7.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

7.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo 15(quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE PAGAMENTO ANTECIPADO ESPECIAL POR CONSEQUÊNCIA DE DOENÇA PROFISSIONAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional garante, desde que contratada, o pagamento do Capital Segurado contratado relativo a esta cobertura, como Antecipação da Cobertura de Morte, em caso de invalidez funcional permanente e total do Segurado, em consequência exclusiva de doença adquirida em decorrência da atividade profissional do segurado.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins da cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença profissional é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado em consequência de doença profissional, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônômicas do Segurado.

Abaixo, seguem definições referentes a termos relacionados a presente cobertura adicional:

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

2.1.2. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.1.3. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

2.1.4. **Auxílio:** ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.1.5. **Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave, volume 61, de 1993” e a “II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, volume 87, nº 2, de agosto de 2006”, ambos publicados pela Sociedade Brasileira de Cardiopatia.

2.1.6. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

2.1.7. **Dados Antropométricos:** peso e altura do Segurado.

2.1.8. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.1.9. **Disfunção Imunológica:** incapacidade de o corpo prover uma resposta imunológica normal às doenças que o acometem, podendo a disfunção ser genética ou adquirida em virtude de doença.

2.1.10. **Doenças:** para efeitos deste plano de seguro considera-se Doença como o conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função em um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste e desde que se configure como uma das patologias mencionadas no subitem 3.3.1 destas Condições Especiais.

2.1.11. Doença Crônica em Atividade: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.1.12. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.1.13. Doença Profissional: aquela onde a causa determinante seja o exercício da atividade profissional que demanda a maior parcela do tempo do segurado, despendida na execução de suas atividades laborativas.

2.1.14. Doença Terminal: doença em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o doente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.1.15. Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação, sendo conhecidos como cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.1.16. Doença ou Lesão Preexistente: São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação ou de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o Segurado omite tratamento realizado na contratação do plano de seguro.

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

2.1.18. Estado Mórbido: piora de uma doença.

2.1.19. Etiologia: causa da doença.

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

2.1.21. Hígido: saudável.

2.1.22. Perda da Existência Independente: ocorrência de quadro clínico incapacitante decorrente de doença que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autônômicas do Segurado, o qual deverá ser comprovado por meio dos parâmetros e documentos especificados no item 17 das Condições Gerais.

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

2.1.24. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.1.25. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.1.26. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.1.27. Relações Existenciais: relação que capacitam à autonomia existencial do ser humano em suas relações de Conectividade com a Vida.

2.1.28. Risco Coberto: invalidez funcional permanente e total por doença adquirida em decorrência da atividade profissional do segurado, que cause a perda da existência independente do Segurado ocorrida na vigência da apólice e/ou certificado individual.

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

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

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1. O risco coberto segurado é a invalidez funcional permanente e total por doença adquirida em decorrência da atividade profissional do segurado, desde que, a mesma seja causa da perda da existência independente na vigência da apólice e/ou certificado individual, é o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado.

3.2. O risco coberto, observado o disposto no item 5, as disposições das condições contratuais e a vigência da apólice e/ou do certificado individual, garantem ao segurado o pagamento da indenização.

3.3. A invalidez permanente deve ser comprovada por declaração médica. A aposentadoria concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza por si só quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença para efeitos destas Condições Especiais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além do disposto no item 04 das Condições Gerais deste plano de seguro, a Seguradora não garante o pagamento da indenização caso a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença profissional e que cause a perda da existência independente do Segurado ocorrida na vigência do certificado individual e/ou da apólice ocorra por consequência, direta ou indireta, de:

- a) perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) doença agravadas por traumatismos.

4.2. Não se considera risco excluído a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença profissional e que cause a perda da existência independente de Segurado durante a vigência da apólice e do certificado individual proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. CAPITAIS SEGURADOS

5.1. Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato.

5.2. Reconhecida a Invalidez pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data da caracterização da invalidez indicada no laudo médico.

6.2. Deverão ser entregues cópias autenticadas dos documentos relacionados, em caso de sinistros relacionados às coberturas descritas abaixo:

a) Através do formulário denominado Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.

b) Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro).

c) Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item Dos Riscos Cobertos.

d) Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

- Cópia do documento de identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

Fica facultado à Sociedade Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Sociedade Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

6.3. Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, mediante correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

6.4. A junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro desempatador serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

6.5. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

6.6. As despesas efetuadas, com a comprovação do Sinistro e documentação de habilitação para recebimento da Indenização serão custeadas pelos interessados, exceto se realizadas pela Seguradora, a quem caberá, no caso de dúvidas, a adoção de medidas visando plena elucidação do Sinistro.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. O pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerada como uma antecipação da cobertura para o caso de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a cobertura para o caso de Morte, assim como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

7.2. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais, do Contrato.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

ANEXO – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHA E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10



ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	3° GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO	20
	1° GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS	00
	2° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIO, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

DOCUMENTO 2: TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO..	02
HÁ OU HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA	04



ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE	
CERTIFICA-SE SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA - DITD

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional, garante ao Segurado, desde que contratada, o pagamento das diárias contratadas, dentro dos limites estabelecidos na apólice, no caso de afastamento por doença do Segurado ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária de exercer sua atividade profissional por um período superior e ininterrupto ao período de franquia e respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis, mediante comprovação e ainda em conformidade com o determinado nas Condições Gerais e Especiais da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado, e que será estabelecido nas condições contratuais e informado no certificado individual do plano de seguro.

3.2. Nos casos em que o capital segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido nas condições contratuais e informado no certificado individual do plano de seguro.

3.3. A data do evento para efeito de determinação do capital segurado é a data do afastamento.

3.3.1. O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.

4. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

4.1. As indenizações por diárias de incapacidade temporária decorrente de acidente são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente plano de seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido e, antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta desta cobertura de DIT, a Seguradora não abaterá da indenização devida por morte ou invalidez, a indenização paga por DIT.

4.2. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.

5. FRANQUIA

5.1. Estabelecida para esta cláusula a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

5.2. O período de franquia não poderá ser superior de 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da ocorrência do evento.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite para quantidade de diárias será estabelecido na apólice conforme contratação efetivada pelo Segurado, observando o máximo de 350 (trezentos e cinquenta) diárias.

6.2. Em quaisquer circunstâncias, deverá ser observado o limite estabelecido na especificação da apólice.

7. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

7.1. A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

7.2. O aviso de afastamento à Seguradora deverá ser realizado, pelo Segurado ou seu representante legal, apresentando o laudo médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento do Auxílio-Doença, podendo ainda a Seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento, sendo que neste caso o prazo indicado no subitem 17.5 (Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas todas as exigências.

7.3. Retornando as suas atividades laborativas, o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício da cobertura de Diárias de Incapacidade por Acidente em prazo inferior ao estipulado na apólice, contados da data do seu retorno do último afastamento.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Em posse dos comprovantes descritos no item anterior, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término dos dias determinados como período de franquia, em até 30 (trinta) dias.

8.2. O valor da diária será multiplicado pelo número de dias em que o Segurado permanecer afastado a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento, observadas as limitações especificadas na apólice.

8.2.1. A Diária de Incapacidade por Doença tem também como objetivo atender a uma **complementação salarial**, no caso de afastamento do trabalho conforme **definido no item 1, destas Condições**.

8.3. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

9.1. A cobertura de Diária de Incapacidade por Doença cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;**
- b) com o cancelamento desta cobertura adicional;**
- c) com a ocorrência da morte do Segurado, ou sua invalidez permanente total e permanente; ou**
- d) espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado.**

e) em função do esgotamento do Capital Segurado contratado em decorrência de sinistro(s) indenizado(s).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DITA

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional, garante ao Segurado, desde que contratada, o pagamento das diárias contratadas, dentro dos limites estabelecidos na apólice, no caso de afastamento por acidente do Segurado ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária de exercer sua atividade profissional por um período superior e ininterrupto ao período de franquia e respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis, mediante comprovação e ainda em conformidade com o determinado nas Condições Gerais e Especiais da apólice.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado, e que será estabelecido nas condições contratuais e informado no certificado individual do plano de seguro.

3.2. Nos casos em que o capital segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido nas condições contratuais e informado no certificado individual do plano de seguro.

3.3. A data do evento para efeito de determinação do capital segurado é a data da ocorrência do acidente.

3.3.1. O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.

4. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

4.1. As indenizações por diárias de incapacidade temporária decorrente de acidente são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente plano de seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido e, antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta desta cobertura de DITA, a Seguradora não abaterá da indenização devida por morte ou invalidez, a indenização paga por DITA.

4.2. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.

5. FRANQUIA

5.1. Estabelecida para esta cláusula a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

5.2. O período de franquia não poderá ser superior de 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da ocorrência do evento.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite para quantidade de diárias será estabelecido na apólice conforme contratação efetivada pelo Segurado, observando o máximo de 350 (trezentos e cinquenta) diárias.

6.2. Em quaisquer circunstâncias, deverá ser observado o limite estabelecido na especificação da apólice.

7. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

7.1. A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

7.2. O aviso de afastamento à Seguradora deverá ser realizado, pelo Segurado ou seu representante legal, apresentando o laudo médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento do Auxílio-Acidente, podendo ainda a Seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento, sendo que neste caso o prazo indicado no subitem 17.5 (Liquidação de Sinistros) ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas todas as exigências.

7.3. Retornando as suas atividades laborativas, o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício da cobertura de Diárias de Incapacidade por Acidente em prazo inferior ao estipulado na apólice, contados da data do seu retorno do último afastamento.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Em posse dos comprovantes descritos no item anterior, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término dos dias determinados como período de franquia, em até 30 (trinta) dias.

8.2. O valor da diária será multiplicado pelo número de dias em que o Segurado permanecer afastado a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento, observadas as limitações especificadas na apólice.

8.2.1. A Diária de Incapacidade por Acidente tem também como objetivo atender a uma **complementação salarial**, no caso de afastamento do trabalho conforme **definido no item 1, destas Condições**.

8.3. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

9.1. A garantia de Diária de Incapacidade por Acidente cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cobertura adicional;
- c) com a ocorrência da morte do Segurado, ou sua invalidez permanente total e permanente; ou
- d) espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado.
- e) em função do esgotamento do capital segurado, em consequência de sinistro(s) indenizado(s).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA – AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional, desde que contratada, garante ao segurado o pagamento de indenização, a título de auxílio alimentação – cesta básica ao segurado, dentro dos limites estabelecidos na apólice, no caso do seu afastamento laborativo causado **exclusivamente por acidente de trabalho coberto (típico ou de trajeto) ocorrido durante a vigência do seguro**, desde que a cobertura seja devida e o Prêmio tenha sido pago, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Apólice.**

1.2. O afastamento deverá ser concedido por órgão responsável, mediante registro no CAT (comunicação de acidente de trabalho).

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além de todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

2.2. 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 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;

2.3. 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.

3. ÂMBITO TERRITORIAL

3.1. Esta cláusula abrange eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para essa cobertura será estabelecido contratualmente, deverá constar na respectiva Apólice do seguro e **em quaisquer situações representará a responsabilidade máxima da seguradora por evento e por vigência.**

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação do sinistro, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

5. FRANQUIA

5.1. Quando estabelecida a aplicação de franquia, esta será definida em período de dias a partir da data da hospitalização em dias consecutivos e ininterruptos e constará da apólice e certificados individuais.

6. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

6.1. No caso de sinistro, deverão ser apresentados os seguintes documentos para análise:

a. Cópia Simples

- RG(Cédula de Identidade); CPF(Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do segurado;
- CNH(Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado
- Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- Requerimento de auxílio-doença do Segurado protocolado pelo Estipulante, na forma estabelecida pelo INSS.

b. Cópia Autenticada

- BO(Boletim de Ocorrência) e/ou CAT(Comunicação de Acidente de Trabalho)
- Comprovante da consulta do Estipulante junto a Previdência Social da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado;
- Registro da CAT(Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1 – Típico ou 3 – Trajeto.

c. Documento Original

- Aviso de Sinistro e Acidentes Pessoais – formulário fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante e, pelo médico que assistiu o Segurado;

6.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional garante, desde que contratada, o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar coberta, desde que a hospitalização seja decorrente de acidente pessoal ou doença coberto pelo plano de seguro, do qual esta Condição Especial é parte integrante, observadas as demais condições estabelecidas nesta Condição Especial.

1.2. O valor de cada diária será estabelecido no respectivo Certificado Individual.

1.3. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar coberta pelo período mínimo de 12(doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 01 (uma) diária hospitalar.

1.4. O benefício máximo pagável sob este seguro é de 350 (trezentos e cinquenta) diárias por internação, sendo que, na reinternação as diárias serão cumulativas para este efeito. Respeitando-se, em quaisquer hipóteses, o limite de diárias constante da especificação da apólice.

1.5. Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro até o fim da vigência da apólice, ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pagado benefício concedido por esta cobertura.

1.6. Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item específico de Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, do qual esta Condição Especial é parte integrante, e observada ainda à definição de acidentes pessoais cobertos da mesma:

- a)** hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- b)** procedimentos odontológicos;
- c)** tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
- d)** tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- e)** cirurgias estéticas.

2.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes:

2.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente será coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro por um período contínuo de 06 (seis) meses.

2.2.2. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento nos 06 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro e de seu pleno conhecimento, ou ainda saiba ser

portador ou sofredor à época da contratação, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico, e não declarada na proposta de adesão.

2.2.3. Se, durante a vigência desta cobertura, o Segurado principal optar pela elevação do valor do benefício diário fixo através de alteração de plano, para o valor do aumento, em caso de condição médica preexistente.

2.3. Exclusões por Instituição não Coberta:

2.3.1. Estão excluídas desta cobertura as internações em instituições do tipo abaixo relacionadas:

- a) Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;**
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;**
- c) Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas; e**
- d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínicas de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitados; clínicas de emagrecimento ou SPA.**

3. VALOR DAS DIÁRIAS

3.1. O valor de cada diária será estabelecido nas Condições Contratuais da Apólice com base na Proposta de Contratação, respeitados os limites indicados no item 6.2. destas condições.

3.2. O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS

4.1. A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º(décimo sexto) dia do acidente ou doença, caracterizando a incapacidade, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos no especificação da apólice.

5. LIMITES

5.1. Pelo mesmo acidente ou doença, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada e, estabelecida nas Condições Contratuais da Apólice.

5.2. O valor de cada diária de incapacidade temporária não poderá ser superior a 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do maior capital estabelecido para uma(s) Cobertura(s) Básica(s) contratada(s), conforme estabelecido nas Condições Contratuais deste seguro.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

6.1. As indenizações por Diárias de Internação Hospitalar são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente Seguro, isto é, se em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de D.I.H, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por D.I.H.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional garante, desde que contratada, o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar coberta, desde que a hospitalização seja decorrente de acidente pessoal coberto, observadas as demais condições estabelecidas nesta Condição Especial.

1.2. O valor de cada diária será estabelecido no respectivo Certificado Individual.

1.3. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar coberta pelo período mínimo de 12(doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 01 (uma) diária hospitalar.

1.4. O capital segurado para essa cobertura será estabelecido contratualmente, deverá constar na respectiva Apólice do seguro e em quaisquer situações representará a responsabilidade máxima da seguradora por evento e por vigência.

1.5. Será considerada como reinternação, a nova internação efetuada decorrente do mesmo evento que já tenha provocado internação anterior indenizada por esta cobertura.

1.6. Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item específico de Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, do qual esta Condição Especial é parte integrante, e observada ainda à definição de acidentes pessoais cobertos da mesma:

- a) hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- b) qualquer tipo de doença;
- c) acidentes ocorridos antes do início de vigência do segurado na presente apólice;
- d) procedimentos odontológicos, que não exijam internação;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
- f) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- g) ferimentos auto-infligidos;
- h) home care(internação residencial);
- i) internações que tenham como único objetivo a realização de exames;
- j) internações para tratamento de vícios;
- k) internações em clínicas de repouso ou de emagrecimento, SPAs , instituição de saúde hidroterápica e clínicas que utilizam métodos terapêuticos naturais;
- l) cirurgias plásticas, salvo se decorrentes de acidente pessoal coberto.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado será estabelecido na Apólice e certificados individuais.

3.2. O capital segurado corresponde ao valor da diária contratado na apólice multiplicado pelo período de internação, observados franquia e limite máximo de capital contratado na apólice.

3.3. A indenização será devida a partir do término do período de franquia até a data da alta do segurado, observado o limite máximo de capital contratado para a cobertura.

3.4. Para fins deste seguro, considera-se o período mínimo de internação de 12(doze) horas, no início ou no final do período de internação.

3.5. Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito da determinação do capital segurado, o primeiro dia da internação do segurado titular.

4. FRANQUIA

4.1. Quando estabelecida a aplicação de franquia, esta será definida em período de dias a partir da data da hospitalização em dias consecutivos e ininterruptos, limitada a 15(quinze) dias e constará da apólice e certificados individuais.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado relativo à esta cláusula será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada indenização por evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

5.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um hospital para outro desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As indenizações por Diárias de Internação Hospitalar são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente Seguro, isto é, se em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de D.I.H, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por D.I.H.

7. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

7.1. No caso de sinistro, deverão ser apresentados os seguintes documentos para análise:

a. Cópia Simples

- RG(Cédula de Identidade); CPF(Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do segurado;
- CNH(Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado
- Comprovante do vínculo com o Estipulante.

b. Cópia Autenticada

- BO(Boletim de Ocorrência) e/ou CAT(Comunicação de Acidente de Trabalho)

c. Documento Original

- Aviso de Sinistro e Acidentes Pessoais – formulário fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante e, pelo médico que assistiu o Segurado;

- Declaração de representante do hospital indicando período de internação, incluindo horário de entrada e da alta hospitalar.

7.2. Fica facultado à Sociedade Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.

7.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Sociedade Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. Caso seja devida, a indenização será paga de uma única vez.

8.2. Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, mediante correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

8.3. A junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro desempatador serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

8.4. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO – PIE

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional garante, desde que contratada, o pagamento, parcial ou total, do capital segurado contratado desta cobertura adicional para o Segurado, **com vínculo empregatício (regime CLT)**, quando, **após o período de carência**, ocorrer a perda de emprego por vontade exclusiva de seu empregador, **depois de transcorrido período de franquia, o Segurado permanecer desempregado e observadas as seguintes condições.**

1.1.1. O segurado deverá ter no emprego uma permanência mínima de 12 (doze) meses, sem interrupção;

1.1.2. Caso o Segurado tenha permanecido no emprego por um prazo inferior a 12 (doze) meses, sem interrupção, este poderá comprovar a existência de outro imediatamente anterior, de no mínimo 24 (vinte e quatro) meses consecutivos de duração, e desde que intervalo de tempo entre a data de demissão e a data de contratação não seja superior a 90 (noventa) dias.

1.1.3. o início do pagamento se dará a partir do cumprimento da franquia estabelecida, desde que o Segurado permaneça desempregado.

1.1.4. Não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por estagiários, temporários, provisórios, admitidos por prazo determinado.

1.1.5. Não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por aposentados e pensionistas.

1.1.6. A forma de elegibilidade prevista no subitem 1.1.2 é válida apenas para a reclamação do primeiro sinistro do Segurado, para as demais reclamações será considerada somente a condição prevista no subitem 1.1.1.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos que decorrentes de:

- a. renúncia ou demissão voluntária do Segurado;
- b. demissão do Segurado por justa causa;
- c. pensão ou aposentadoria do Segurado;
- d. adesão do Segurado a qualquer tipo de plano de demissão voluntária (PDV) ou semelhantes, incentivados pelo empregador;
- e. cargos de eleição pública, incluindo-se aqueles de nomeação em diário oficial, ou não regidos pela CLT;
- f. falência do empregador; e
- g. alistamento no serviço militar.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do efetivo desligamento do Segurado junto ao empregador.

4. CARÊNCIA

4.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de carência, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

4.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.3. O prazo máximo da carência não poderá ser superior a dois anos e não poderá exceder metade do prazo de vigência da apólice.

5. FRANQUIA

5.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder e providenciar os documentos básicos abaixo relacionados:

- cópia autenticada das seguintes páginas da carteira profissional:
- identificação do segurado;
- qualificação civil;
- contrato de trabalho;
- rescisão do contrato;
- cópia autenticada do formulário de seguro desemprego.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Após cada utilização do capital segurado relativo a esta cobertura, haverá a reintegração automática.

8. TÉRMINO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cláusula cessará individualmente para cada Segurado com:

- a. o cancelamento da presente cláusula;**
- b. o cancelamento da apólice**
- c. com o falecimento do segurado**
- d. a apólice for, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.**

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura garante, desde que contratada, até o limite do Capital Segurado, o pagamento ou reembolso das despesas médicas e dentárias, bem como das diárias hospitalares decorrentes de acidente coberto, **incorridas a critério médico, que o Segurado efetuar para seu restabelecimento, até o limite do capital segurado e desde que iniciado o tratamento nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente.**

1.2. A Seguradora reserva a si o direito de não reembolsar quaisquer despesas caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data da ocorrência do sinistro.

1.3. Como o tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar mediante critério de médico legalmente habilitado, bem como as despesas com radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) médico(s) e dentista(s).

1.4. O reembolso de despesas com dentistas abrange exclusivamente a restauração e/ou colocação de prótese em substituição a dentes naturais danificados, parciais ou totalmente, em decorrência de acidente coberto e sofrido pelo Segurado.

2. RISCOS EXCLUIDOS

2.1. Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como quaisquer despesas de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;**
- c) não estão abrangidas as despesas decorrentes com os eventos não cobertos, relacionados nas Condições Gerais deste seguro.**

3. LIVRE ESCOLHA

3.1. É facultado ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

3.2. Desde que preservada a livre escolha pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

4. CARÊNCIA

4.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de carência, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

4.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.3. O prazo máximo da carência não poderá ser superior a dois anos e não poderá exceder metade do prazo de vigência da apólice.

5. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

5.1. O Segurado deverá comprovar as despesas de assistência médico-hospitalares, mediante a apresentação dos recibos originais, acompanhados do Aviso de Sinistro, de receita médica, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e contas hospitalares.

5.2. Devem ser anexados também, cópia autenticada dos seguintes documentos:

- a)** Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- b)** RG, CPF, e Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c)** Comprovante de residência;

5.3. O reembolso das Despesas Médico, Hospitalar e Odontológicas (DMHO) poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo menor.

5.4. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de vendas da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites estabelecidos na cobertura, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

6.1. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente Seguro, isto é, se em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da cobertura de DMHO, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por DMHO.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional, desde que contratada, garante ao segurado o reembolso de despesas efetuadas com cirurgias decorrentes de acidente pessoal coberto, até os limites estabelecidos na apólice, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Apólice.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.**

3. ÂMBITO TERRITORIAL

3.1. Esta cláusula abrange eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para essa cobertura será estabelecido contratualmente, deverá constar na respectiva Apólice do seguro **e em quaisquer situações representará a responsabilidade máxima da seguradora por evento e por vigência.**

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação do sinistro, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

5. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

5.1. No caso de sinistro, deverão ser apresentados os seguintes documentos para análise:

a) **Cópia Simples**

- Aviso de Sinistro e Acidentes Pessoais – formulário fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante e, pelo médico que assistiu o Segurado;
- Cédula de identidade e CPF do Segurado;
- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Comprovante do vínculo com o estipulante

b) **Cópia Autenticada**

- Certidão da Ocorrência Policial (B.O);

c) **Documento Original**

- Aviso de Sinistro e Acidentes Pessoais – formulário fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante e, pelo médico que assistiu o Segurado;
- Recibo e/ou nota fiscal original em papel timbrado do Hospital ou Clínica, indicando o procedimento realizado.

5.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional, desde que contratada, garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento de uma indenização, em caso de morte do segurado titular, **ocorrida durante o período de gestacional, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. No caso de titular do sexo masculino, a indenização será devida **desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300(trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do segurado titular.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Nascituro:** Aquele que foi gerado ou concebido, mas ainda não nasceu, embora tenha vida intrauterina e natureza humana.

2.2. **Natimorto:** Produto do nascimento de um feto morto.

2.3. **Responsável legal:** Indivíduo com poder legal para representar menor de idade ou incapaz.

2.4. **Período gestacional:** período correspondente entre concepção e nascimento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.**

3.2. **Além das situações previstas no item 3.1., estão também excluídas dessa cobertura as seguintes situações:**

- a) **Natimorto;**
- b) **Adoção.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato **e em quaisquer situações representará a responsabilidade máxima da seguradora por evento e por vigência.**

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do segurado titular.

5. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Para análise do processo deverão ser apresentados os documentos abaixo:

a. **Cópia Simples**

- RG(cédula de identidade), CPF(cadastro de pessoas físicas) e comprovante de residência do pai/mãe ou responsável legal;

b. **Cópia Autenticada**

- Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
- Documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho.

6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida entre o número de filhos, até o limite contratado para a cobertura.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS - ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional, desde que contratada, garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento de uma indenização, em caso de morte acidental do titular, **ocorrida durante o período de gestacional, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. No caso de titular do sexo masculino, a indenização será devida **desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300(trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do segurado titular.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. Nascituro: Aquele que foi gerado ou concebido, mas ainda não nasceu, embora tenha vida intrauterina e natureza humana.

2.2. Natimorto: Produto do nascimento de um feto morto.

2.3. Responsável legal: Indivíduo com poder legal para representar menor de idade ou incapaz.

2.4. Período gestacional: período correspondente entre concepção e nascimento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3.2. Além das situações previstas no item 3.1., estão também excluídas dessa cobertura as seguintes situações:

- c) Natimorto;**
- d) Adoção.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato **e em quaisquer situações representará a responsabilidade máxima da seguradora por evento e por vigência.**

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da ocorrência do acidente.

5. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Para análise do processo deverão ser apresentados os documentos abaixo:

a. Cópia Simples

- RG(cédula de identidade), CPF(cadastro de pessoas físicas) e comprovante de residência do pai/mãe ou responsável legal;

b. Cópia Autenticada

- Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
- Documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho.

6. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida entre o número de filhos, até o limite contratado para a cobertura.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE RESCISÃO CONTRATUAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional garante, desde que contratada, o pagamento do capital segurado contratado, ao Estipulante do plano de seguro, em caso da ocorrência de morte do segurado durante a vigência da apólice, a título de reembolso das despesas referente ao acerto rescisório trabalhista devidamente comprovado, durante a vigência e devidamente coberto por esta cobertura adicional, exceto se decorrente de risco excluído.

1.2. Em quaisquer circunstâncias, a indenização devida estará limitada ao capital segurado contratado.

1.3. O capital segurado corresponderá ao percentual da cobertura de morte, determinada na proposta de contratação, não podendo ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado principal.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. RATIFICAÇÃO

3.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO DECORRENTE DE ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional, desde que contratada, garante uma indenização ao Segurado a título de gastos com alterações necessárias em sua residência habitual e/ou em seu veículo particular, **desde que estabelecido em ordem médica**, devido a lesões sofridas pelo Segurado titular **decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto conforme Condições Gerais**, limitado ao valor correspondente contratado, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato**.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro;**

2.2. **Adaptações não relacionadas às necessidades decorrentes do acidente coberto ocorrido;**

2.3. **Adaptação efetuada em veículo que não seja automotor;**

2.4. **Qualquer tipo de doença, incluindo Acidente Vascular Cerebral (AVC).**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado para essa cobertura será estabelecido contratualmente, deverá constar na respectiva Apólice do seguro e **em quaisquer situações representará a responsabilidade máxima da seguradora por evento e por vigência**.

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do dispêndio pelo segurado.

4. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1. No caso de sinistro, deverão ser apresentados os seguintes documentos para análise:

a) **Cópia Simples**

- Cédula de identidade e CPF do Segurado;
- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Comprovante de vínculo com o estipulante

b) **Cópia Autenticada**

- Certidão da Ocorrência Policial (B.O);
- Declaração de residência habitual e comprovante de residência;

c) **Documento Original**

- Aviso de Sinistro e Acidentes Pessoais – formulário fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante e, pelo médico que assistiu o Segurado;
- Relatório médico contendo a assinatura e carimbo com CRM do médico, em papel timbrado do Hospital ou Clínica; detalhando a natureza da lesão, e a necessidade de adequação de casa e/ou modificação do veículo;

4.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização adicional correspondente ao capital contratado, a título de auxílio para despesas decorrentes do estado de invalidez permanente total por acidente, desde que haja também a caracterização da invalidez permanente total por acidente.

2. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

2.1. A reintegração do capital segurado dessa cobertura é automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

3. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

3.1. O pagamento desta indenização será efetuado de uma só vez, por evento coberto.

3.2. A indenização será paga desde que ocorra a indenização da invalidez permanente total por acidente de acordo com a tabela constante no item 3.3, calculadas pela aplicação das porcentagens previstas na tabela ao capital segurado;

3.3. **Tabela e demais critérios de indenização por invalidez por acidente:** após a conclusão do tratamento ou esgotados todos os recursos terapêuticos para a recuperação e verificada a existência de invalidez permanente total do segurado, ocasionada por acidente pessoal coberto nas condições deste seguro, pagará a seguradora ao segurado a correspondente indenização, de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100

3.4. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o seguro continuará vigente, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1. Ratificam-se todas as disposições contidas nas condições gerais da apólice não modificadas pela presente cláusula adicional.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO MEDICAMENTOS DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRABALHO

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional, desde que contratada, garante o reembolso de despesas com medicamentos efetuadas pelo Segurado para tratamento, sob orientação médica, iniciado em até 30(trinta) dias contados da data do acidente, **decorrente exclusivamente de acidente de trabalho(típico) e coberto**, mediante registro de CAT(comunicado de acidente de trabalho), limitado ao valor correspondente contratado, quando este ocorrer no período do horário de trabalho, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além de todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

2.2. 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 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;

2.3. 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.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado para essa cobertura será estabelecido contratualmente, deverá constar na respectiva Apólice do seguro e em quaisquer situações representará a **responsabilidade máxima da seguradora por evento e por vigência.**

3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação do sinistro, a data do acidente.

4. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1. No caso de sinistro, deverão ser apresentados os seguintes documentos para análise:

a. Cópia Simples

- Cédula de identidade e CPF do Segurado;
- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Comprovante de vínculo com o estipulante

b. Cópia Autenticada

- Certidão da Ocorrência Policial (B.O);
- Registro da CAT(Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1 – Típico ou 3 – Trajeto;

c. Documento Original

- Aviso de Sinistro e Acidentes Pessoais – formulário fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante e, pelo médico que assistiu o Segurado;
- Prescrição médica ou do dentista contendo a assinatura e carimbo com CRM do médico, em papel timbrado do Hospital ou Clínica;
- Cupom ou nota fiscal discriminando os medicamentos e valores gastos.

4.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional garante ao beneficiário ou prepostos, desde que contratada, uma indenização a título de reembolso das despesas em virtude do falecimento do segurado, limitada ao valor do capital segurado contratado vigente à época do sinistro, mediante apresentação de Notas Fiscais que comprovem as despesas funerárias.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.**

3. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

3.1. A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da cobertura básica, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar as condições iniciais da Apólice e termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c) com o pagamento da indenização garantida pela presente Cláusula.

4. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

4.1. **Esta Cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 16. das Condições Gerais.**

4.1.1. Os Segurados deverão ser informados previamente, com a obtenção da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Ratificam-se todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente Cláusula Adicional.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional garante ao segurado ou beneficiário, desde que contratada, uma indenização a título de reembolso das despesas em virtude do falecimento do segurado titular, cônjuge ou companheiro(a) do segurado titular ou dos filhos do segurado titular, **limitada ao valor do capital segurado contratado vigente à época do sinistro, mediante apresentação de Notas Fiscais que comprovem as despesas funerárias.**

1.2. Equiparam-se aos cônjuges a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

1.3. Comprovada a dissolução do convívio marital, estará cancelada a cobertura contratada, independente desse fato, ter sido ou não comunicado pelo Segurado Principal à Seguradora e ter havido pagamento de Prêmio.

1.4. Caso tenha havido pagamento de prêmio, este valor será devolvido, devidamente atualizado monetariamente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE a partir da data do pagamento.

1.5. Não poderá ser incluído no seguro o cônjuge que já ostente a qualidade de segurado principal na mesma Apólice.

1.6. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado principal para efeito desta cláusula.

1.7. Consideram-se como filhos para os efeitos desta cláusula, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

3.1. A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da cobertura básica, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar as condições iniciais da Apólice e termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c) com a morte do Segurado principal;
- d) no caso do cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheiro(a)
- e) a pedido do segurado principal;
- f) com o pagamento da indenização garantida pela presente Cláusula.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado.

5. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

5.1. Esta Cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 16. das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente Cláusula Adicional.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura garante ao beneficiário ou prepostos, desde que contratada, uma indenização a título de Auxílio Alimentação em virtude do falecimento do segurado principal, mediante apresentação dos documentos previstos em caso de Morte.

2. CONCEITO

2.1. Para fins desta cláusula, “auxílio alimentação” consiste no pagamento de indenização em virtude de falecimento do Segurado Principal.

2.1.1. O pagamento desta indenização será efetuado de forma única.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.**

4. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

4.1. A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da cobertura básica, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar as condições iniciais da Apólice e termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c) com o pagamento da indenização garantida pela presente Cláusula.

5. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

5.1. **Esta Cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 16. das Condições Gerais.**

5.1.1. Os Segurados deverão ser informados previamente, com a obtenção da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente Cláusula Adicional.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO EDUCAÇÃO POR MORTE DO SEGURADO TITULAR

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização, a título de Auxílio Educação em virtude do falecimento do segurado principal.

2. DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1. Ratificam-se todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente Cláusula Adicional.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura garante ao(s) beneficiário(s), desde que contratada, uma indenização até o limite do capital segurado contratado, em virtude da morte do Segurado, seja por causa natural ou acidental, mediante apresentação dos documentos previstos no subitem 17.3.1. das Condições Gerais deste Seguro.

2. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

2.1. O pagamento desta indenização será efetuado de forma única.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para efeito de determinação do capital segurado desta garantia, considera-se como data do evento, a data do falecimento do segurado.

5. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

5.1. A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da cobertura básica, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar as condições iniciais da Apólice e termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c) com o pagamento da indenização garantida pela presente Cláusula.

6. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

6.1. **Esta Cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 16. das Condições Gerais.**

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Ratificam-se todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente Cláusula Adicional.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA ADICIONAL AUXÍLIO NATALIDADE

2. OBJETIVO

1.2. Esta cobertura adicional, desde que contratada, garante ao segurado o pagamento de indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de nascimento de filho(s) nascido(s) com vida, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Apólice.**

1.3. Serão reembolsáveis as seguintes despesas, ocorridas em até 90 (noventa) dias a contar da data do nascimento da(s) criança(s) e diretamente vinculadas ao mesmo:

- a) fraldas, vacinas e exames devidamente comprovados por notas fiscais;
- b) consultas médicas pediátricas, devidamente comprovadas por recibo emitido pelo médico;
- c) medicamentos e suplementos alimentares, previstos expressamente em receita médica.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura:

- e) **Natimorto (produto do nascimento de um feto morto);**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato **e em quaisquer situações representará a responsabilidade máxima da seguradora por evento e por vigência.**

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do nascimento do(s) filhos(s) vivo(s).

4.3. Em caso de gestação múltipla, a indenização contratada será multiplicada pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.

5. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Deverão ser apresentados os documentos abaixo:

a. Cópia Simples

- RG(cédula de identidade), CPF(cadastro de pessoas físicas) e comprovante de residência do pai/mãe ou responsável legal;

b. Cópia Autenticada

- Certidão de Nascimento do(s) filho(s) do Segurado nascido(s) com vida;

c. Documento Original

- Receitas médicas, recibos e notas fiscais originais das despesas cobertas em nome do(s) recém-nascido(s).

5.2. A Seguradora poderá solicitar documentos adicionais necessários para a análise do processo de sinistro.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional, desde que contratada e tendo sido pago o prêmio correspondente, garante a disponibilização de serviço de Assistência Funeral, até o valor limite contratado, em caso de morte do Segurado, ocorrida durante a vigência deste plano de seguro, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e destas Condições Especiais.**

1.2. No caso de não utilização do serviço de assistência funeral, poderá ser solicitado o reembolso das despesas com o funeral, até o limite contratado para esta cobertura. O reembolso dos valores correspondentes aos eventos amparados pela cobertura contratada será efetuado diretamente ao responsável pelo pagamento das despesas com o funeral, **mediante recebimento dos respectivos recibos originais e documentos necessários para regulação do sinistro, conforme listagem no item 11. Pagamento da Indenização e respeitando-se o limite máximo de indenização contratado.**

2. PADRÕES DE CONTRATAÇÃO

2.1. GRUPO SEGURADO

2.1.1. Os segurados cobertos pela cobertura de assistência funeral serão definidos de acordo com o padrão contratado, conforme segue:

- Individual – Segurado Titular
- Familiar Básico – Segurado Titular, seu Cônjuge e Filhos
- Familiar Total - Segurado Titular, seu Cônjuge e Filhos. **Ficam cobertos também o Pai, Mãe, Sogro e Sogra do segurado titular que tenham a idade limite de 70 (setenta) anos completos na data de início de vigência do seguro.**

2.1.1.1. Segurado Titular: Pessoa física que possui vínculo com o estipulante e vigente na apólice de seguro.

2.1.1.2. Cônjuge: A comprovação da condição de cônjuge dar-se-á pela apresentação de certidão de casamento atualizada ou declaração pública de vida comum, com até 30 (trinta) dias da data de emissão do documento.

Para fins desta Cláusula, a(o) companheira(o) será equiparada(o) a(o) esposa(o), nos casos previstos no Código Civil Brasileiro.

2.1.1.3. Filhos: Será (ão) considerado(s) Filho(s), para fins de inclusão nesta Cláusula, filho(s) até 21 anos de idade ou 24 anos, se universitário(a).

Para efeito de presente Cláusula equiparam-se aos filhos, os havidos ou não da relação de casamento ou por adoção, considerados dependentes econômicos do segurado principal, desde que atendam as condições do item anterior.

2.1.1.4. Pai: Pai do Segurado Titular, conforme documentos oficiais de identificação.

2.1.1.5. Mãe: Mãe do Segurado Titular, conforme documentos oficiais de identificação.

2.1.1.6. Sogro: Pai do Cônjuge do Segurado Titular, conforme documentos oficiais de identificação.

2.1.1.7. Sogra: Mãe do Cônjuge do Segurado Titular, conforme documentos oficiais de identificação.

3. RELAÇÃO DE SERVIÇOS

3.1. A relação dos serviços de funeral prestados ou o valor do reembolso das despesas com funeral do segurado estão diretamente vinculados ao plano escolhido de cobertura.

3.2. Na opção pela prestação do serviço de Assistência Funeral, os segurados cobertos por esta garantia terão os seguintes serviços limitados ao valor de capital segurado contratado:

• **Assessoria para as Formalidades Administrativas:**

Será feito o acompanhamento durante o funeral por atendentes in loco.

• **Urna:** de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação de acordo com a preferência da família do segurado.

• **Veículo:** carro fúnebre dentro do município de residência.

• **Véu:** véu simples para cobrir o corpo.

• **Capela:** locação em salas velatórias públicas, caso seja realizado em salas preexistente os valores deverão ser similares aos das salas públicas.

• **Documentação:** registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito.

• **Flores:** 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.

• **Preparação do corpo:** banho, barba, vestimenta (ato de vestir), etc. (higienização básica mais preparação e tamponamento).

• **Presença:** livro ou folha para assinaturas.

• **Paramentos:** jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona.

• **Sepultamento:** em túmulo (ou jazigo) da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos. Na hipótese da necessidade de locação, o prestador de serviço providenciará o aluguel da sepultura em cemitérios públicos. Caso a família ou responsável opte por locação em cemitério particular, os custos deverão ser compatíveis aos dos cemitérios públicos. A locação será por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do óbito.

As despesas com passagem e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Sepultamento correrão por conta da família.

• **Traslado:** transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito, no Brasil ou Exterior, para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A Seguradora determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local.

O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do segurado; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço.

Correrão por conta da família as despesas que excedam o custo arcado pela Seguradora em virtude de modificação do traslado proposto por esta última.

Limite: Sem limite

- **Transmissão de mensagens urgentes:** A Seguradora transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do segurado.
- **Religião ou Credo:** todos os serviços mencionados acima serão realizados sempre respeitando as condições de religiosidade ou credo solicitado pela família.

4. PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

4.1. Na opção pela prestação do serviço de Assistência Funeral, após acionamento da central de atendimento, será prestado o serviço de assistência funeral ao segurado conforme o padrão contratado para a apólice.

4.2. A prestação dos serviços de Assistência Funeral cessa o direito ao reembolso de qualquer despesa ou indenização relacionada aos procedimentos do funeral do segurado.

4.3. A Seguradora poderá alterar a rede credenciada de prestadores a qualquer momento sem obrigação de aviso prévio desta alteração aos estipulantes e/ou segurados que possuem esta cobertura contratada.

4.4. Ao optar pela utilização dos serviços da Assistência Funeral, fica a critério da prestadora, o meio de transporte utilizado para o traslado do corpo, bem como os demais itens a ser utilizados para a prestação do serviço, seguindo o padrão contratado na apólice. Havendo discordância em qualquer dos itens que farão parte do serviço ou no meio de transporte do traslado, a prestadora arcará com valor que seria gasto pelo meio escolhido por ela.

4.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas do funeral poderá solicitar o reembolso das despesas até o limite do plano contratado e desde que a cobertura seja devida.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

5.2. Além dos riscos excluídos no item 4.1 anterior, estão excluídos desta cobertura as despesas decorrentes de:

- Roupas em geral;
- Anúncio em rádio ou jornal;
- Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- Xerox da documentação;
- Café;
- Bebidas;
- Refeições em geral;
- Compra de Jazigo;
- Confecção de gaveta em túmulo de terceiro;



- Lápides e/ou gravações;
- Cruzes;
- Reforma em geral no jazigo;
- Exumação de corpo em jazigo da família;
- Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- Despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral, sem autorização da central de atendimento, não previstas nestas Condições;
- Quaisquer reembolsos de despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela central de atendimento Mitsui Sumitomo, mesmo que cobertas pela presente assistência. A central de atendimento Mitsui Sumitomo não efetuará nenhuma espécie de reembolso, caso não seja acionada;
- Necromaquiagem (as técnicas de preservação – tanatopraxia e embalsamamento – terão seus custos cobertos apenas em caso de traslado aéreo do corpo, considerando esta despesa como parte dos valores de cobertura estipulados);
- O meio de traslado do corpo será decidido pela central de atendimento Mitsui Sumitomo. Havendo discordância do meio escolhido, a Mitsui Sumitomo arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

5.3. Na opção pela prestação do serviço de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas que não tenham sido previamente autorizadas pela central de atendimento.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do seguro

6.2. Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado no caso de Morte Natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Morte Acidental.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1. A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA

8.1. Além das situações previstas no item 16 das Condições Gerais, a cobertura a que se refere esta Cláusula cessa ainda:

8.1.1. Para a cobertura ao cônjuge

- Pedido de cancelamento por escrito do Segurado;
- Automaticamente com a morte do cônjuge dependente segurado;
- Morte do Segurado Principal, ou com o pagamento da Cobertura de Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- Separação de fato, judicial ou divórcio do casal;
- Perda pelo dependente da referida condição pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social, fato este que o Segurado deve comunicar de imediato à Seguradora.

8.1.2. Para a cobertura aos filhos



- Pedido de cancelamento por escrito do Segurado;
- Automaticamente, com a morte do filho dependente segurado;
- Morte do Segurado Principal, ou com o pagamento da Cobertura de Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- Perda pelo dependente da referida condição pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social, fato este que o Segurado deve comunicar de imediato.

8.1.3. Para a cobertura ao pai e/ou mãe do Segurado Titular

- Pedido de cancelamento por escrito do Segurado;
- Automaticamente, com a morte do segurado dependente;
- Morte do Segurado Principal, ou com o pagamento da Cobertura de Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- Perda pelo dependente da referida condição pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social, fato este que o Segurado deve comunicar de imediato.

8.1.4. Para a cobertura ao sogro e/ou sogra do Segurado Titular

- Pedido de cancelamento por escrito do Segurado;
- Automaticamente com a morte do cônjuge dependente segurado;
- Separação de fato, judicial ou divórcio do casal;
- Morte do Segurado Principal, ou com o pagamento da Cobertura de Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- Perda pelo dependente da referida condição pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social, fato este que o Segurado deve comunicar de imediato.

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

10.1. Esta cláusula abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, **salvo Disposições Contratuais em contrário.**

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato com a central de atendimento e fornecer as informações necessárias para a prestação do serviço de assistência funeral.

11.2. O pagamento do Capital Segurado relativo a presente Cláusula e/ou a respectiva prestação de serviços não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Cláusulas eventualmente contratadas.

11.3. Se a opção for pelo pagamento das despesas com o funeral e posterior solicitação de reembolso, será necessário o envio dos documentos relacionados abaixo:

11.3.1. Morte do segurado titular decorrente de doença:

- Aviso de Sinistro – formulário fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Beneficiário e, pelo médico que assistiu o Segurado;
- Certidão de Óbito do Segurado;
- Cédula de identidade e CPF do Segurado e do Beneficiário;
- Certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;

- Ficha de registro do Empregado;
- Documentos que comprovem a condição de Beneficiários:
- Cônjuge – Certidão de Casamento e Cédula de Identidade;
- Companheira – Carteira Profissional do componente principal e Cédula de Identidade;
- Filhos – Certidão de Nascimento e Cédula de Identidade;
- Pais – Cédula de Identidade;
- Comprovante de Endereço do Segurado e do Beneficiário;
- Exame de Diagnóstico quando for requerido em função da causa morte (Ressonância Magnética; Biópsia e anátomopatológica etc...).
- Notas fiscais originais para comprovação das despesas com o funeral.

11.3.2. Morte do segurado titular decorrente de acidente:

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- Certidão da Ocorrência Policial (B.O.);
- Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Comunicação de Acidente de Trabalho-CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou trabalho da mesma;
- Laudo Pericial do local do Acidente.

11.3.3. Modalidade de capital segurado Global:

Além dos documentos relacionados acima, os sinistros documentos necessários para regulação de sinistros de apólices de capital Global incluem também:

- cópia da carteira de trabalho;
- **cópia da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e/ou Informações à Previdência Social (GFIP).**
- **No caso de funcionários:** Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, dos três meses anteriores ao do sinistro, bem como a do mês referente à admissão do funcionário;
- **No caso de Sócios e Diretores Estatutários:** a última alteração contratual devidamente registrada na Junta Comercial, bem como o primeiro Contrato Social ou a Alteração Contratual em que houve a admissão do Segurado na Sociedade ou quadro estatutário do Estipulante.

11.3.4. Morte decorrente de doença ou de acidente do cônjuge

Além dos documentos básicos citados anteriormente no subitem 11.3.1. e 11.3.2., será necessário o envio de:

- Certidão de casamento atualizada ou
- Declaração que comprove a união estável

11.3.5. Morte decorrente de doença ou de acidente de filho do segurado titular

Além dos documentos básicos citados anteriormente no subitem 11.3.1. e 11.3.2., será necessário o envio de:

- Certidão de nascimento do filho

11.3.6. Morte decorrente de doença ou de acidente de pai, mãe, sogro ou sogra do segurado titular

Além dos documentos básicos citados anteriormente no subitem 11.3.1. e 11.3.2., será necessário o envio de:

- Cédula de identidade e CPF do Segurado Titular

11.4. A Seguradora poderá solicitar documentos adicionais necessários para a análise do processo de sinistro.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Esta cláusula faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula Suplementar, desde que contratada, tem por objetivo a inclusão de cônjuge como Segurado Dependente.

1.2. Garante a indenização ao Segurado Principal, por evento coberto, o pagamento de uma indenização equivalente a até 100% da Cobertura Básica (Morte) do Segurado Principal.

1.3. Poderão ser garantidas as Cláusulas Adicionais de Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente, caso contratadas.

1.4. Equiparam-se aos cônjuges a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

1.4.1. Comprovado a dissolução do convívio marital, canceladas estarão, automaticamente, as coberturas contratadas para o segurado dependente incluído na condição de cônjuge, seja automática ou facultativa a inclusão, independente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Principal à Seguradora e ter havido pagamento de Prêmio.

1.4.1.1. Caso tenha havido pagamento de prêmio, este valor será devolvido, devidamente atualizado monetariamente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE a partir da data do pagamento.

1.4.1.2. Não poderá ser incluído no seguro o cônjuge que já ostente a qualidade de segurado principal na mesma Apólice.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. Somente serão aceitos os cônjuges que se encontrarem em condições satisfatórias de saúde;

2.2. A declaração de saúde poderá ser feita pelo Segurado principal mediante o preenchimento da proposta de adesão.

3. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

3.1. Automática: nesta forma estarão cobertos automaticamente pelo seguro os cônjuges dos Segurados principais.

3.2. Facultativa: nesta forma, só estarão cobertos pelo seguro os cônjuges que se manifestarem favoravelmente a sua inclusão na apólice, através do preenchimento da proposta de adesão.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1. Estão cobertos os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para a cobertura de Morte do cônjuge será equivalente ao percentual expresso nas Condições Específicas da Apólice ou em aditivo próprio, aplicável à cobertura de Morte do respectivo Segurado Principal, limitado todavia, a 100% (cem por cento) do Capital Segurado para a Cobertura de Morte do Segurado principal

5.2. O Capital Segurado para as coberturas de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente será proporcional à cobertura de Morte do respectivo cônjuge, conforme especificado nas Condições Específicas da apólice.

6. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

6.1. A indenização por Morte Natural ou Acidental devida por esta cláusula suplementar será paga ao Segurado Principal.

6.2. A indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente devida por esta cláusula suplementar, e desde que contratada a referida cobertura adicional para os Segurados Principais, será paga ao Segurado Dependente, ou seja, o próprio cônjuge.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

7.1. A cobertura ou o conjunto de coberturas concedidas pela presente Cláusula começam a vigorar para todos os cônjuges simultaneamente com o início da cobertura básica, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cláusula não integrar as condições iniciais da Apólice e terminam:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice ou da presente Cláusula Suplementar;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado principal da apólice;
- c) com a morte do Segurado principal;
- d) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheiro (a);
- e) a pedido do Segurado principal;
- f) com o pagamento da indenização por morte.

8. RISCOS EXCLUÍDOS

8.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

9. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

9.1. Esta Cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no **item 17.** das Condições Gerais.

9.1.1. Os Segurados deverão ser informados previamente, com a obtenção da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente Cláusula Adicional.



CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula Suplementar, desde que contratada, assegura a inclusão, na apólice, do(s) filho(s) do Segurado, de acordo com as seguintes condições abaixo descritas, bem como, a indenização ao Segurado Principal decorrente da morte do(s) mesmo(s):

1.1.1. A inclusão desta cláusula só é permitida para os grupos que tenham Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge na forma automática.

1.1.2. A inclusão só pode ser feita automaticamente, abrangendo todas as pessoas seguráveis enquadradas nas condições do item 2 desta Cláusula.

1.1.3. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado principal para efeito desta cláusula.

2. CONCEITO

2.1. Consideram-se como filhos para os efeitos desta cláusula, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

3. LIMITE DE CAPITAL

3.1. Somente pode ser concedida a cobertura básica, cujo capital segurado não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo componente principal, observando que, em cada grupo, o critério para fixação do capital da Cláusula Suplementar deve ser claramente estabelecido na própria Cláusula ou em contrato.

3.2. Para os menores de 14 anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando-se:

3.2.1. **Incluem-se entre as despesas com o funeral as havidas com o traslado;**

3.2.2. **Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

4. INÍCIO DE COBERTURA

4.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

4.1.1. na data do início da cobertura individual do componente principal, para os filhos admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo;

4.1.2. na data da inclusão da cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o início de vigência da apólice.

5. TÉRMINO DE COBERTURA

5.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula se encerrará:

5.1.1. simultaneamente, com o cancelamento da Apólice ou da presente Cláusula Suplementar;

5.1.2. a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado principal da apólice;

5.1.3. com a morte do Segurado principal;

5.1.4. a pedido do Segurado principal;

5.1.5 com o pagamento da indenização por morte.

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. A indenização por morte, devida por esta cláusula suplementar será paga ao componente principal.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

7.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

8. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

8.1. Esta Cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 17. das Condições Gerais.

8.1.1. Os Segurados deverão ser informados previamente, com a obtenção da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente Cláusula Adicional.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA ADICIONAL DOENÇA CONGÊNITA

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura adicional garante, desde que contratada, o pagamento do capital segurado contratado, ao segurado principal, em caso da ocorrência de diagnóstico de doença congênita do filho (a) legítimo (a), que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor do mesmo, desde que a cobertura seja contratada e a doença congênita seja diagnosticada até o 6º mês de vida do recém nascido por médico legalmente habilitado, durante a vigência e devidamente coberto pelo plano de seguro, exceto se decorrente de risco excluído.

1.2. Entende-se por Doenças Congênitas aquelas que nascem com o indivíduo e que necessite acompanhamento médico e tratamento especializado, diagnosticadas até o 6º mês de vida do recém nascido, resultante de má formação do organismo, seja qual for sua causa.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões expressas no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do plano de seguro, serão considerados riscos excluídos desta cobertura ou garantia adicional as doenças congênitas decorrentes e/ou conseqüentes de:

- a) uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação, ou não reconhecidos efetivamente pelos órgãos de saúde;
- b) fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;

3. DEFINIÇÕES

3.1. Doença Congênita: para fins desta cobertura, entende-se aquela que apresenta defeito de caráter anatômico e fisiológico.

4. CONDIÇÃO DE COBERTURA

4.1. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta cobertura, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.

4.2. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto em que se constate a doença em mais de um filho, a indenização não será cumulativa.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Para fins desta Condição Especial o Capital Segurado é a Importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado para cada cobertura está limitado a 100% do Capital Segurado da mesma Cobertura Principal.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado Principal proceder (em) conforme descrito no **item 17.** (Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada Cobertura:

- a)** relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- b)** exame anatomopatológico que indiquem a doença congênita;
- c)** cópia autenticada da certidão de nascimento do filho;
- d)** cópia atualizada e autenticada da certidão de casamento com a gestante, caso a mesma não seja a segurada principal;
- e)** guia da internação hospitalar (quando houver);

6.2. Caso seja devida, a indenização será paga de uma única vez.

6.3. Não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.



CLÁUSULA ESPECIAL DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

1. CONCEITO

1.1. Excedente Técnico é a diferença positiva entre as receitas e despesas da apólice, de um determinado período, conforme adiante definido.

1.2. O período de apuração é composto por 12 meses a contar do início de vigência ou da data do aniversário anual da Apólice.

1.3. Consideram-se como receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) prêmios líquidos, efetivamente pagos, cujas faturas sejam referentes ao período de apuração; e
- b) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

1.4. Consideram-se como despesas para os mesmos fins do subitem anterior:

- a) as comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
- b) as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
- c) as comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d) o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se, de uma só vez, os sinistros com pagamento parcelado;
- e) IBNR – provisão dos sinistros ocorridos e não avisados até o fim da apuração;
- f) saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados; e
- g) as despesas efetivas de administração da Seguradora, estabelecidas no contrato da apólice ou em aditivo próprio, específico para esta cláusula.

1.5. Percentual a ser distribuído: será distribuído ao Estipulante e/ou Segurados, o percentual do saldo positivo obtido, percentual este devidamente especificado no contrato da apólice ou em aditivo próprio, na forma do item 3.2. desta Cláusula.

2. CONVERSÃO DAS RECEITAS E DESPESAS

2.1. As receitas e despesas serão corrigidas pela variação do IPCA/IBGE, no que se refere aos prêmios, comissões, sinistros, saldos negativos anteriores e despesas de administração.

2.2. A apuração do resultado técnico será atualizada monetariamente desde o término de vigência anual da apólice, até a data da distribuição do excedente técnico.

4. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE

3.1. A distribuição do excedente técnico será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos;

3.2. Nos seguros contributários, o excedente técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados e nos seguros parcialmente contributários, o excedente técnico deverá ser distribuído aos Segurados e ao Estipulante na mesma proporção em que contribuíram para a manutenção do seguro.

CLÁUSULA PARTICULAR DE EMBARGOS E SANÇÕES

1. OBJETIVO

O objetivo da presente cláusula, respeitando-se todo o conteúdo destas Condições Gerais, é estabelecer os procedimentos que devem ser assumidos pelo Segurado e pela Seguradora, bem como, os critérios que serão utilizados para suspensão da(s) cobertura(s) contratada(s) ou do(s) pagamento(s) de quaisquer indenizações devidas pelo presente contrato de seguro, nas situações nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) de indenizações for(em) ou estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) as sanções previstas na legislação Brasileira ou internacional, desde que não violem o ordenamento jurídico pátrio e a ordem pública.

Ressalta-se que as coberturas contratadas através do presente contrato de seguro ficam suspensas a partir da data de ingresso do segurado nas referidas listas de embargos e sanções, sendo reestabelecidas às 24 horas do dia subsequente a data de exclusão do Segurado das referidas listas.

Durante o processo de regulação do sinistro esta Seguradora verificará se o Segurado, os beneficiários das indenizações devidas ou se os locais de ocorrência dos eventos reclamados constam de listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo. Neste sentido, no que contrariar ou não constar das informações prestadas pelo Segurado à Seguradora quando da análise da proposta de seguro, na hipótese do Segurado ou os beneficiários das indenizações devidas ou dos locais de ocorrência dos eventos reclamados constarem das referidas listas ou nas situações nas quais as referidas listas forem atualizadas após a aceitação do risco, o direito à cobertura contratada não fica prejudicado, entretanto, o pagamento da indenização fica suspenso até que ocorra a superação do referido embargo ou sanção ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.

Adicionalmente, no caso de sanção de indisponibilidade de bens por parte Segurado ou beneficiários, nos termos da Lei n. 13.810, de 8 de março de 2019, qualquer tipo de pagamento decorrente do presente contrato de seguro ficará suspenso até que ocorra a superação da referida sanção ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora. Destaca-se que o referido procedimento não prejudica o direito à cobertura contratada.