



CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS COLETIVO PARA APÓLICES DO TIPO EMPREGADO X EMPREGADOR

1. DEFINIÇÕES.....	2
2. OBJETIVO DO SEGURO	6
3. GARANTIAS DO SEGURO	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	8
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	9
6. CARÊNCIA.....	9
7. FRANQUIA.....	10
8. ACEITAÇÃO DO SEGURO	10
9. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL	13
10. VIGÊNCIA DA APÓLICE	14
11. RENOVAÇÃO DA APÓLICE	14
12. CAPITAL SEGURADO.....	15
13. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	16
14. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	17
15. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	19
16. CANCELAMENTO DO RISCO INDIVIDUAL	20
17. CANCELAMENTO DA APÓLICE.....	21
18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	21
19. FORMA DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES.....	26
20. PERDA DE DIREITO.....	27
21. TAXA DE JUROS.....	29
22. BENEFICIÁRIOS.....	29
23. REGIME FINANCEIRO	31
24. SUB ROGAÇÃO.....	31
25. DO FORO.....	32
26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	32
27. ALTERAÇÕES	32
28. PRESCRIÇÃO	32
29. DISPOSIÇÕES GERAIS	32



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 conseqüência 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 seqüestros e tentativas de seqüestros; 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 conseqüentes 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 conseqüências 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. 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 garantia 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.

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

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

1.10. 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.

1.11. 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.

1.12. 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.

1.13. 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.

1.14. 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.

1.15. 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.

1.16. Doença Preexistente – é toda doença que o segurado sabia ser portador ou sofredor não declarada na proposta de adesão.

1.17. 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.

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

1.19. 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.



1.20. Garantias – 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.

1.21. 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 a 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 consangüíneos 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 conseqüente emissão do Certificado Individual de seguro.

1.26. 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.

1.27. 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.

1.28. Provisão Matemática de Benefícios Concedidos – a provisão constituída pela Seguradora, a partir da ocorrência do evento gerador, destinada a garantir o pagamento ao beneficiário, no caso de pagamento sob a forma de renda.

1.29. Regime Financeiro de Repartição - a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os Segurados da Apólice e/ou pelo Estipulante, em um determinado período,

deverão ser suficientes para pagar os benefícios decorrentes dos eventos ocorridos nesse período ou para constituir as provisões matemáticas de benefícios concedidos, decorrentes dos eventos ocorridos neste período.

1.30. Renda - o benefício representado por uma série de pagamentos mensais ao beneficiário.

1.31. 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.

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

1.33. 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.

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

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

1.36. 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.

1.37. 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.

1.38. 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, Especiais e Particulares, desde que observadas as restrições legais e contratuais e as demais cláusulas, exceto se decorrentes de itens excluídos.

3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1. Garantia Básica:

- Morte – Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante a vigência do seguro, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3.2. Garantias Adicionais:

- Morte Acidental - Quando contratada esta garantia, caso o segurado venha a falecer por acidente, este terá direito a duas indenizações, correspondentes às garantias básica e de morte acidental, uma vez que a garantia básica cobre também morte por acidente.
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- Doenças Graves
- Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação da Cobertura de Morte
- Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença
- Diária por Incapacidade Temporária por Doença
- Diária por Incapacidade Temporária por Acidente
- Diárias de Internação Hospitalar em Decorrência de Acidente Pessoal ou Doença
- Perda Involuntária de Emprego
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas
- Despesas Odontológicas
- Doenças Congênitas
- Rescisão Contratual
- Auxílio Funeral
- Auxílio Alimentação



- Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge (Morte, Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente)
- Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Filhos (Morte)
- Excedente Técnico

3.2.1. Serão concedidas as garantias adicionais, quando especificadas em contrato, e **desde que em conjunto com a garantia Básica.**

3.2.2. A descrição completa das Garantias Adicionais consta anexa a estas Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos das Coberturas do Seguro quaisquer eventos não especificados, bem como os ocorridos em consequência: dos atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou de outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;

b) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

c) dos furacões, tufões, tornados, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

d) Eventos decorrentes de atos ilícitos dolosos do segurado, do beneficiário, ou de representante de um ou de outro;

e) das doenças, acidentes ou lesões preexistentes à data do início de vigência do Seguro, que sejam de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão ou seus anexos;

f) diagnósticos de doenças graves concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;



- g) diagnósticos de doenças graves concedidas pelo próprio Segurado, parentes ou por pessoa com laços de dependência econômica ou que com ele resida, mesmo que estes sejam profissionais médicos habilitados;**
- h) doenças profissionais;**
- i) o beneficiário não terá direito ao capital estipulado, em caso de suicídio do segurado, nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial ou de sua recondução após suspenso.**

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.

5.2. Para a Cobertura de Doenças Graves, estão cobertos os eventos exclusivamente ocorridos no Brasil.

6. CARÊNCIA



6.1. Para a Cobertura Doenças Graves, compreenderá a um período de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data de inclusão do Segurado nas Garantias do Seguro, durante o qual permanecerá no Seguro sem direito a cobertura.

6.1.1. Na renovação do seguro não haverá carência para a cobertura de Doenças Graves.

6.2. Para a cobertura de Morte, é facultada a aplicação de carência de até ½ do período de vigência da apólice.

6.3. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não poderá ser estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contado da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

6.4. Não há Carência para as demais Coberturas deste Seguro.

7. FRANQUIA

7.1. Conforme constante nas condições especiais da cobertura contratada.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. 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:

8.1.1. Idade mínima de 14 (quatorze) anos e no máximo de 60 (sessenta) anos para ingresso na Cobertura Adicional de Doenças Graves.

8.1.1.1. A cobertura de Doenças Graves cessa quando o Segurado completar 65 (sessenta e cinco) anos.

8.1.2. Somente serão aceitos os seguráveis 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.

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

8.2. 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.

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

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

8.4. 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 a aceitação será automática.

8.5. 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.

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

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

8.7. 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.

8.8. 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.

8.9. 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.

8.10. 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 garantia relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes, além do prêmio total.

9. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

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

9.1.1. 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.

9.1.2. 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.

9.2. A data do fim de vigência do seguro individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao seu aniversário anual, respeitando o término de vigência da apólice.

10. VIGÊNCIA DA APÓLICE

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

10.2. O início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas, conforme expresso na Apólice,

10.3. 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.

11. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

11.1. 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.

11.2. 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.

11.2.1. 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.

12. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

I – para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente pessoal coberto;

II – para a cobertura de morte, a data do óbito;

III – para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais;

IV - para as coberturas cuja indenização corresponda a reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo segurado.

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

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

12.2.1. 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.

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

13. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

13.1. 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.

13.2. 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.

13.3. Além da atualização monetária, o valor do Prêmio sofrerá acréscimo anualmente em decorrência da mudança de idade do Segurado e conseqüentemente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do Seguro, na forma da lei. A tabela de taxas por idade estará disponível ao Segurado quando da adesão ao Seguro.

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

13.4.1. 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 ($\frac{3}{4}$) do grupo segurado.

14. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

14.1. 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.

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

14.3. Os prêmios deste seguro estão estruturados de acordo com a faixa etária do grupo segurado

14.3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado na data do aniversário da apólice e também quando ocorrerem alterações substanciais na composição do grupo que justifiquem o recálculo, expressamente mencionados no contrato do seguro, o qual será disponibilizado ao segurado quando de sua adesão à apólice.

14.4. 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.

14.5. 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.

14.6. 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 obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

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

14.8. Nos seguros não contributários 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.

14.9. 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.

14.10. 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.**

15. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

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

15.2. 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.

15.3. 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.

15.3.1. 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.

15.3.2. 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,

15.4. 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.

16. CANCELAMENTO DO RISCO INDIVIDUAL

16.1. 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.**

16.2. Sendo este seguro estruturado no regime financeiro de repartição, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

17. CANCELAMENTO DA APÓLICE

17.1. A apólice poderá ser cancelada ou rescindida:

a) a qualquer tempo mediante acordo entre o Estipulante e a Seguradora, devendo os Segurados serem informados previamente, com a obtenção da anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

b) quando o Estipulante deixar de pagar até o vencimento qualquer parcela do prêmio e transcorridos 60 (sessenta dias) deste, o presente seguro será cancelado por falta de pagamento não podendo mais ser restabelecido.; Nos seguros não contributários a seguradora respondera 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.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1. 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.

18.2. 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;

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

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

18.3. Deverão ser entregues cópias autenticadas dos documentos relacionados:

18.3.1. Para o evento 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 anátomopatológica etc...).

18.3.2. Para o evento 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.

18.3.3. Para o evento Invalidez Permanente 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);

18.3.4. Para o evento Invalidez Funcional Permanente 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 Autônômicas 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.

18.3.5. Para o evento Doenças Graves:

- a) Aviso de Sinistro – formulário fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante e, pelo médico que assistiu o Segurado;
- b) Cédula de identidade e CPF do Segurado;
- c) Certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;
- d) Comprovante de Endereço do Beneficiário;
- e) Laudo médico detalhado assinado pelo Médico Habilitado assistente, contendo o diagnóstico;
- f) Exames complementares comprovando os diagnósticos e do competente prontuário médico em caso de internações hospitalares.

Estão cobertas as doenças relacionadas na Cláusula Adicional de Doenças Graves anexa a estas Condições Gerais e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

18.3.6. Para o evento Auxílio Funeral, além dos documentos referidos nos subitens **18.3.1.** e/ou **18.3.2.**, conforme o evento:

- a) Notas Fiscais que comprovem as despesas funerárias.

18.3.7. Para o evento Auxílio Alimentação, considerar os documentos referidos nos subitens **18.3.1.** e/ou **18.3.2.**, conforme o evento.

18.3.8. Para o evento Morte ou Invalidez do Cônjuge, incluso por cláusula suplementar, considerar os documentos relacionados nos itens **18.3.1.** e/ou **18.3.2.**, ou ainda, **18.3.3.**, conforme o evento.

18.3.9. Para o evento Morte de Filhos, incluso por cláusula suplementar, considerar os documentos relacionados nos itens **18.3.1** e/ou **18.3.2**, conforme o evento.

18.4. 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.

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

18.5. Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas 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.

18.6. 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.

18.7. 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.

19. FORMA DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

19.1. O prazo para efetuar o pagamento da indenização não excederá a 30 (trinta) dias, contados a partir da data da entrega dos documentos relacionados no subitem **18.3.**, para cada tipo de cobertura.

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

19.2. 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.

19.3. As indenizações podem ser pagas integral ou parcialmente sob a forma de renda certa, desde que tenha havido manifestação expressa neste sentido firmada pelo Segurado. O valor da renda mínima inicial será estabelecido em contrato. Se o segurado falecer durante o período de pagamento das prestações, é devida aos beneficiários a indenização imediata do restante do capital segurado para a garantia básica.

19.4. Além da atualização monetária prevista no item **21**, o valor da renda deverá ser recalculado na mesma época em função do eventual acréscimo na respectiva Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, decorrente da sua atualização mensal e da atualização anual aplicada às rendas.

19.5. Após decorrido o prazo de 30 dias, o pagamento da indenização será acrescido de atualização monetária, utilizando-se o índice IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, calculados a partir das datas de exigibilidade relacionadas no item **14**, 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.

20. PERDA DE DIREITO

20.1. 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 conseqüências durante a vigência do risco individual.

20.2. 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.

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

I – 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.

II – 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.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser

indenizado, a diferença do prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença do prêmio cabível.

20.4. 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.

20.4.1. 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.

21. TAXA DE JUROS

21.1. No caso de pagamento sob a forma de renda certa, o valor de cada parcela será calculado utilizando-se juros reais de 6% ao ano, na forma da Tabela Price e atualizados anualmente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE.

22. BENEFICIÁRIOS

22.1. 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.

22.1.1. Para as coberturas Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Funcional Permanente por Doença e Doenças Graves, o beneficiário será o próprio Segurado.

22.1.1.1. Em caso de Diagnóstico de Doença Grave prevista na Cláusula Adicional de Doenças Graves, ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente seguido de morte do Segurado, sem que tenha havido tempo hábil para o pagamento da indenização, o valor devido será pago aos herdeiros legais do segurado.

22.1.2. O beneficiário da cobertura de morte, nos seguros dos dependentes, é sempre o componente principal.

22.2. 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:

22.2.1. 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.

22.2.2. 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.

22.2.3. 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.

22.3. 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 suplementar.

22.4. 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.

23. REGIME FINANCEIRO

23.1. Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição.

23.1.1. Sendo este seguro estruturado no regime financeiro de repartição, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

24. SUB ROGAÇÃO

24.1. 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.

25. DO FORO

25.1. 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.

25.1.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso do previsto no item 25.1.

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

26.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas deste seguro.

27. ALTERAÇÕES

27.1. Toda e qualquer alteração contratual deverá ser feita por escrito e dependerá de concordância expressa da Seguradora e do Estipulante, salvo aquelas que, por força destas condições e da lei, possam ser praticadas unilateralmente pelo Segurado.

27.1.1. Havendo modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver a anuência expressa de 3/4(três quartos) dos segurados.

28. PRESCRIÇÃO

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

29. DISPOSIÇÕES GERAIS

29.1. 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.

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

29.3. 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.

29.4. 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 – GARANTIA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Este plano de seguro tem por objetivo, 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. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO



4.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 17 (Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 18 (Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, bem como:

4.1.1. Em caso de morte natural incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

- a)** cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b)** cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c)** cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado;
- d)** cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- e)** Radiografias do Segurado (quando houver);
- f)** Declaração Médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

4.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

- a)** cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- b)** cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo;
- c)** cópia Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de Acidente de Trabalho;
- d)** cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- e)** cópia do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML);
- f)** cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

5. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS – GARANTIA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL

1. GARANTIA

1.1. A presente Cláusula Adicional tem por objetivo garantir 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. CONCEITO

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 seqüestros e tentativas de seqüestros; 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 conseqüentes 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 conseqüências 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.**

3. RISCOS COBERTOS E RISCOS EXCLUÍDOS

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.**

3.2. Estão expressamente excluídos da garantia desta Cláusula:

I. os acidentes ocorridos em conseqüência:



- a) de atos ou operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- b) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) Eventos decorrentes de atos ilícitos dolosos do segurado, do beneficiário, ou de representante de um ou de outro.

II. as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie em decorrência de acidente coberto;

III. o beneficiário não terá direito ao capital estipulado, em caso de suicídio do segurado, nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial ou de sua recondução após suspenso;

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

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Em caso de pagamento de indenização em forma de renda, deverá ser observado o item 19.3. das Condições Gerais.

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

6.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da garantia 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. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

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.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. GARANTIA

1.1. Desde que contratada, a presente cláusula adicional tem por objetivo garantir, nas hipóteses e graus estabelecidos na tabela de cálculo de indenização indicada no item 1.4., 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.

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

1.3. A indenização será paga de acordo com a tabela constante no item 1.4., calculadas pela aplicação das percentagens previstas na tabela ao Capital Segurado reajustado nos termos do item 19.dasCondições Gerais;

1.4. 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 à Segurada 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	
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total 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
		25



	Anquilose total de um dos cotovelos	20
	Anquilose total de um dos punhos	
	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
	Aniquilose total de um dos joelhos	20
	Aniquilose total de um dos tornozelos	20
	Aniquilose 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	
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	25
	Amputação de qualquer outro dedo	10
	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	3
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	- menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

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

1.6. 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.

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

1.8. 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;

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

1.10. 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 conseqüência do mesmo acidente, da indenização por Morte deve ser deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

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

2. CONCEITO

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 conseqüência 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 seqüestros e tentativas de seqüestros; 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 conseqüentes 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 conseqüências 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.**

3. RISCOS COBERTOS E RISCOS EXCLUÍDOS

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;**

3.2. Estão expressamente excluídos da garantia desta Cláusula:

I. os acidentes ocorridos em consequência:

- a) de atos ou operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;**
- b) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; ou**
- d) Eventos decorrentes de atos ilícitos dolosos do segurado, do beneficiário, ou de representante de um ou de outro.**

II. as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie em decorrência de acidente coberto;

III. o beneficiário não terá direito ao capital estipulado, em caso de tentativa de suicídio do segurado, nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial ou de sua recondução após suspenso;

3.3. Não se considera risco excluído a invalidez 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.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 4.1. Estão cobertos os acidentes ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.**

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Em caso de pagamento em forma de renda, para os casos de indenização total deverá ser observado o item 19.3.das Condições Gerais.

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

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

6.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da garantia 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.

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

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.

8. PERÍCIA DA SEGURADORA

8.1. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou

naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

8.1.1. Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial e quando designada para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao Seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização, perdendo o Segurado o valor correspondente aos prêmios pagos.

9. JUNTA MÉDICA

9.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a sociedade 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.

9.1.1. A junta médica de que trata o “caput” deste artigo será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

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

9.1.1.2. 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.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS – GARANTIA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES

1. GARANTIA

1.1. A presente Cláusula Adicional tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização referente a antecipação da garantia Básica, caso este venha contrair Doença Grave, diagnosticada pela primeira vez após o início de vigência da apólice, quando do falecimento do segurado a indenização por morte será deduzida da indenização já paga pela cobertura de Doenças Graves.

1.2. A presente Cláusula não poderá ser contratada em conjunto com a Cláusula Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

2. CONCEITO

2.1. Para fins desta cláusula, “doença grave” é aquela devidamente especificada e caracterizada como risco coberto por esta Cláusula.

3. RISCOS COBERTOS E RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Doenças Graves Cobertas

I. Insuficiência da(s) Artéria(s) Coronarianas (Bypass):

Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de duas ou mais artérias coronárias, que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte (Bypass) arterial ou venosa na(s) artéria(s) coronária(s).

A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e a realização da cirurgia deve ser confirmada por um médico especialista.

Esta cobertura exclui angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

II. Câncer:

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos.

O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. O termo câncer também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

As exclusões são: qualquer grau / estado de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC); qualquer tumor / lesão pré-maligna; todos os cânceres não invasivos (in situ); o câncer de próstata no estado I (Ia, Ib, Ic); carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas; melanoma maligno estado IA (T1 a, NO, MO) e qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana.

III. Acidente Vascular Cerebral - AVC (Derrame):

Qualquer acidente vascular cerebral com seqüelas neurológicas de duração maior do que 24 horas, incluindo-se o infarto do tecido cerebral, hemorragia e embolização originada de uma fonte extra-craniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos e por resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro. Deve-se documentar evidências de déficit neurológico que persista no mínimo por 3 meses a partir do diagnóstico.

Estão excluídos: Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (p.ex.: isquemia cerebral transitória - ICT); dano traumático do cérebro; infartos lacunares sem déficit neurológico; sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

IV. Insuficiência Renal Crônica Terminal:

Etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. O diagnóstico deve ser indicado por um médico especialista.

V. Transplante de um Órgão Vital:

Transplante de órgãos em que o segurado participa como receptor de alguns dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea. A realização do transplante deverá ser confirmado por um médico especialista.

VI. Cegueira ou Perda da Visão:

Perda total, permanente e irreversível da visão de ambos os olhos devido a uma doença ou acidente. O diagnóstico deve ser comprovado por um oftalmologista.

3.2. Além dos riscos específicos para cada doença coberta, estão excluídas da cobertura as seguintes, sendo que nenhum pagamento será efetuado neste seguro se a doença grave em questão for causada direta ou indiretamente por:

- **tentativa de suicídio ou auto-lesão intencional por parte do Segurado, nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial ou de sua recondução após suspenso,**
- **doenças relacionadas a infecção de HIV,**
- **Doenças graves pré-existentes, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.**

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1. Para a Cobertura de Doenças Graves, estão cobertos os eventos exclusivamente ocorridos no Brasil.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O valor do Capital Segurado para a Cobertura Doenças Graves será o estabelecido na Proposta de Adesão, como antecipação da Garantia Básica, limitado a 50% (cinquenta por cento) da Garantia Básica.

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

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da garantia 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;
- d) **quando o Segurado completar 65 (sessenta e cinco) anos.**

6.1.1. Idade mínima de 14 (quatorze) anos e no máximo de 60 (sessenta) anos para ingresso na Cobertura Adicional de Doenças Graves.

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

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.

8. PERÍCIA DA SEGURADORA

8.1. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de doença grave, de suas causas ou naturezas, em caso de dúvida fundada e justificável.

8.1.1. Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial e quando designada para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao Seguro, a

Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização, perdendo o Segurado o valor correspondente aos prêmios pagos.

9. JUNTA MÉDICA

9.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a sociedade 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.

9.1.1. A junta médica de que trata o “caput” deste artigo será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

9.1.1.2. 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.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS – GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garante ao Segurado 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 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.

1.2. O plano de seguro ora contratado foi estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica não permite a constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas ou devolvidas, posto que os prêmios pagos destinam-se ao custeio das despesas de administração e de comercialização e ao pagamento de indenizações.

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.

2.1.1. 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 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.

2.1.14. 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.

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

2.1.16. Doença ou Lesão Preexistente: lesão ou conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste, que o proponente saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão.

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 autonômicas do Segurado, o qual deverá ser comprovado por meio dos parâmetros e documentos especificados no item 7 destas condições.

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, 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. Seqüela: 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. DO RISCO COBERTO

3.1. O risco coberto assegurado, em caso de invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a perda da existência independente na vigência da apólice e/ou certificado individual, é o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado.

3.2. Por se tratar de um seguro coletivo, para que o risco coberto seja assegurado o grupo segurável será formado pelas pessoas incluídas junto ao Estipulante e se enquadrarem nas características determinadas no contrato.

3.3. 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.

3.3.1. 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 “cardiopatía 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 seqüelas 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:**

I. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

II. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

III. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou

IV. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) Estados mórbidos **decorrentes de doença que acarretem:**

I. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

II. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

III. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

i) Doença em estágio terminal, diagnosticada por médico assistente habilitado durante a vigência do contrato.

3.3.2. 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.

3.3.2.1. O IAIF é composto por dois documentos:

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:

I. 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

II. 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.

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

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

3.5. 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.

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. DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será determinado pelo Estipulante em moeda corrente nacional, sempre respeitados os limites mínimos e máximos de contratação, fixados pela Seguradora e acordados no contrato.

5.2. O capital segurado somente será alterado após submissão e aceitação pela Seguradora de nova proposta de contratação do Estipulante ou nova proposta de adesão do Segurado à Seguradora.

5.2.1. No caso de alteração de capital segurado solicitado diretamente pelo Segurado, será emitido novo certificado individual.

6. DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO



6.1. Na ocorrência do sinistro, tão logo o Estipulante tome conhecimento, deverá apresentar a Seguradora os seguintes documentos:

- a)** Formulário de aviso de sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente, com a data do sinistro;
- b)** Relatório médico integralmente preenchido e assinado, com firma reconhecida, pelo médico do Segurado inválido;
- c)** Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
- d)** Cópia autenticada do CPF do Segurado;
- e)** Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
- f)** Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela, se houver, relacionado ao Segurado inválido, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;
- g)** Cópia autenticada do boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se houver;
- h)** Cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo, dirigido pelo Segurado;
- i)** Cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j)** Cópia autenticada do Laudo do Exame de Corpo de Delito;
- k)** Cópia autenticada do Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etilica e/ou Toxicológica;
- l)** Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado e com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá(ão) estar assinado(s) por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado no sinistro; e
- m)** O Estipulante deverá encaminhar à Seguradora em carta, em papel timbrado, informando, em seu título, que se trata de ocorrência de sinistro, a qual deverá conter: (i) número da apólice; (ii) número do grupo segurado; (iii) nome do Segurado inválido; (iv) data de adesão ao documento mencionado na alínea “c” acima; (v) data da ocorrência do Sinistro (dd/mm/aaaa); (vi) modalidade do sinistro.

6.2. Caso exista discussão judicial quanto a quem deva legitimamente ser paga a indenização, a Seguradora fará o pagamento de eventual capital segurado remanescente por meio de depósito judicial.

6.3. Eventuais despesas efetuadas pelo beneficiário relacionadas à comprovação do sinistro deverão ser por ele suportadas.

6.4. A Seguradora pagará a indenização no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de todos os documentos relacionados no subitem 6.1 ou qualquer outro que vier a solicitar.

6.4.1. Será suspensa a contagem do prazo acima mencionado caso a Seguradora solicite documentação ou informação complementar, fundamentada em dúvida justificável, sendo que a contagem do prazo voltará a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que for completamente a solicitação da Seguradora.

6.4.2. Caso a indenização não seja paga no prazo previsto, quando do seu pagamento será acrescida de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano, computados a partir do primeiro dia útil subsequente ao término do prazo, e atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, outro que vier a substituí-lo, desde a data da ocorrência do risco coberto até a data do pagamento da indenização.

6.5. O relatório médico deverá ter informações e registros médicos que comprovem o momento exato em foi atingido o estágio da doença em que se caracterize a perda da existência independente do Segurado.

6.6. Fica facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

6.7. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas à perda da existência independente do Segurado.

6.8. Eventuais encargos de tradução necessários para a liquidação do sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão integralmente a cargo da Seguradora.

6.9. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão da invalidez, bem como dúvida quanto ao correto enquadramento do risco coberto, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

6.9.1. A referida junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados, onde cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e Seguradora.

6.9.2. 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.

6.10. Não será paga indenização com base em diagnóstico feito por membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente de ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

7. CANCELAMENTO DA 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.



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

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. RATIFICAÇÃO

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	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>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.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>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.</p>	20
	<p>1º GRAU:</p> <p>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</p>	00



	GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR 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	00



ALIMENTOS		
	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 DIÁRIOS, 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 HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE	04
CERTIFICA-SE SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

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

1. GARANTIA

1.1 Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conseqüente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item **Riscos Cobertos, desta Cláusula, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições do item Cancelamento da Cobertura e as constantes das Condições Contratuais.**

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

1.3 Esta Cobertura só poderá ser contratada em conjunto com a garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente.

2. GLOSSÁRIO DE TERMOS DESTA CLÁUSULA:

2.1 **Agravo Mórbido** – Piora de uma doença

2.2 **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.

2.3 Aparelho Locomotor – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.4 Atividade Laborativa – Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.5 Auxílio - A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.6 Ato Médico – Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.7 Cardiopatia Grave – Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

2.8 Cognição – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.9 Conectividade com a Vida – Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

2.10 Consumpção – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.11 Dados Antropométricos – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

2.12 Deambular – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

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

2.14 Deficiência Visual – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.15 Disfunção Imunológica – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.16 Doença Crônica - Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

2.17 Doença Crônica em Atividade – Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.18 Doença Crônica de Caráter Progressivo – Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.19 Doença em Estágio Terminal - Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.20 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. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.21 Doença Profissional – Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

2.22 Estados Conexos – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.



2.23 Etiologia - Causa de cada doença.

2.24 Fatores de Risco e Morbidade – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.25 Hígido – Saudável.

2.26 Médico Assistente – Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.27 Prognóstico – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.28 Quadro Clínico – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.29 Recidiva – Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.30 Refratariedade Terapêutica – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.31 Relações Existenciais – Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.32 Sentido de Orientação – Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

2.33 Seqüela – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.34 Transferência Corporal – Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS PARA ESTA CLÁUSULA

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

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



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

3.2 Dos Demais Riscos Cobertos

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

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

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

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

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

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

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

4. RISCOS EXCLUIDOS PARA ESTA CLÁUSULA

4.1 Além dos riscos mencionados no item Dos Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a)** a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b)** os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- c)** a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

6.1 DA DATA DO SINISTRO

6.1.1 A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica.

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

6.2 Do Não Reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

6.2.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência **social**, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

6.2.2 **A Sociedade Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.**

6.3 DA JUNTA MÉDICA

6.3.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Sociedade Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contarda data da contestação do segurado, a constituição de junta médica.

6.3.2 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Sociedade Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

6.3.3 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Sociedade Seguradora.

6.3.4 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.

6.4 DAS DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

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

7. FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1 Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Sociedade Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma estabelecida no item **19** das Condições Gerais.

8. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

8.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da garantia 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. 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.

9.2 Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta cobertura. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente. A cobertura básica (morte), assim como as demais coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do Capital Segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.

9.3 Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença ou por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Particulares, sem qualquer devolução de prêmios.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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



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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

DOCUMENTO 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO 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	20



	APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	
--	--	--

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1° GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2° GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3° GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20



CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	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 DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS	PONTUAÇÃO
--------------------------------------	------------------



INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	
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 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 – GARANTIA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA - DITD

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garante ao Segurado 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 de no mínimo 15 (quinze) dias, mediante comprovação e ainda em conformidade com o determinado nas Condições Gerais e Especiais da apólice.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. 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.

2.2. 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.

2.3. A data do evento para efeito de determinação do capital segurado é a data da doença:

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

3. LIMITE DE DIÁRIAS

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

4. FRANQUIA

4.1. 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.

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

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

5.1. 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.

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

6. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE POR DOENÇA

6.1. 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.

6.2. 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.

6.2.1. 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**.

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

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

7.1. 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.

7.2. **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.**

8. TÉRMINO DA COBERTURA

8.1. A garantia de Diária de Incapacidade por Doença cessará:

a) com o cancelamento da apólice;



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

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

9. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garante ao Segurado 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 de no mínimo 15 (quinze) dias, mediante comprovação e ainda em conformidade com o determinado nas Condições Gerais e Especiais da apólice.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. 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.

2.2. 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.

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

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

3. LIMITE DE DIÁRIAS



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

4. FRANQUIA

4.1. 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.

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

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

5.1. 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.

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

6. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE POR ACIDENTE

6.1. 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.

6.2. 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.

6.2.1. 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**.

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

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Após cada utilização do capital segurado relativo a esta cobertura haverá reintegração automática, **salvo nos casos de pagamento de diárias decorrente direta ou indiretamente do mesmo acidente**.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

8.1. 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.



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

8.2. 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.

9. TÉRMINO DA COBERTURA

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

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

10. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garantir 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 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por internação, sendo que, na reinternação as diárias serão cumulativas para este efeito.

1.5. Considera-se-à como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subseqüentes 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 pago benefício concedido por esta garantia.

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

2. RISCOS EXCLUIDOS

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 a 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 anti-ético;**
- 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 garantia, 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 da cobertura desta garantia 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 Carta Oferta e na Proposta de Seguro, respeitados os limites indicados no item **6.2.** destas condições.

4. OCORRÊNCIA E PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro coberto por este plano de seguro, deverá o Segurado, o beneficiário(a) ou seu representante legal informar imediatamente o sinistro e comprovar satisfatoriamente sua ocorrência do sinistro.

4.2. Para o processo de indenização será necessário comunicar o nome completo, cópia simples do RG e CPF do Segurado, data de nascimento, data, hora, local e causa do sinistro, período de internação (quando for o caso), DDD e telefone para contato, além dos seguintes documentos:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o Segurado na data do evento;**

- b)** Documento que comprove a hospitalização do Segurado (declaração do hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;
- c)** Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela instituição hospitalar;
- d)** Original ou cópia simples de exames realizados que comprovem necessidade da internação hospitalar;
- e)** Cópia simples do boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;
- f)** Cópia simples da carteira nacional de habilitação (CNH), quando o Segurado for condutor do veículo;
- g)** No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

4.3. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

4.3.1. Caso o Estipulante receba qualquer dos documentos supracitados, será responsável pelo seu devido encaminhamento à Seguradora.

4.4. O atraso na entrega da documentação, documentação incompleta e/ou falta da entrega da documentação solicitada, poderá acarretar atraso na análise e conclusão do sinistro.

4.5. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado ou de seus beneficiários.

5. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS

5.1. 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 **item 6.2.** destas condições especiais.

5.2. As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30 (trinta) dias.

6. LIMITES

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

6.2. 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) Garantia(s) Básica(s) contratada(s), conforme estabelecido nas Condições Contratuais deste seguro.

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

7.1. As indenizações por Diárias de Internação Hospitalar são cumulativas com qualquer outra garantia 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 garantia de D.I.H, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por D.I.H.

8. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Desde que contratada, garante o pagamento, parcial ou total, do capital segurado contratado para esta cobertura 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 assemelhados, 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.



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:

a. cópia autenticada das seguintes páginas da carteira profissional:

- identificação do segurado;
- qualificação civil;
- contrato de trabalho;
- rescisão do contrato.

b. 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 quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

9. RATIFICAÇÃO



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICOS

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garantir ao Segurado 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, desde que iniciado 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 critério do médico assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultra-sonografia, 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 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 odontológico 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.

5. FRANQUIA

5.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em valor (R\$) e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

6. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

6.1. 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, ultrasonográficos, tomográficos e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e contas hospitalares.

6.2. 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;

6.3. 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.

6.4. 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 garantia, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

7. OUTROS SEGUROS

7.1. Se o Segurado possuir mais de uma Apólice, neste ou em outra Seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares desta Seguradora por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia de todas as Apólices em vigor na data do acidente.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

8.1. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra garantia 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 garantia de DMHO, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por DMHO.

9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado, visando indenizar as despesas odontológicas, necessárias para o restabelecimento do Segurado, incorridas a um dentista legalmente habilitado e sob sua orientação, em decorrência de um acidente pessoal coberto.

1.2. O tratamento odontológico deverá obrigatoriamente ser iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do acidente pessoal.

2. LIVRE ESCOLHA

2.1. É facultado ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviço odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2.2. Desde que preservada a livre escolha pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços odontológico para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

3. FRANQUIA / CARÊNCIA

3.1. Sendo estabelecida para esta Garantia a aplicação de franquia ou carência, os critérios serão estabelecidos nas Condições Contratuais.

4. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

4.1. O Segurado deverá comprovar as despesas odontológicas, mediante a apresentação dos recibos originais, acompanhados do Aviso de Sinistro e de

comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e contas hospitalares.

4.2. 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;

4.3. O reembolso das Despesas Odontológicas poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo menor.

4.4. 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 garantia, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

5. OUTROS SEGUROS

5.1. Se o Segurado possuir mais de uma Apólice, neste ou em outra Seguradora, garantindo despesas odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia de todas as Apólices em vigor na data do acidente.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

6.1. As indenizações por Despesas Odontológicas são cumulativas com qualquer outra garantia 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 garantia contratada, a Seguradora



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por despesas odontológicas.

7. RATIFICAÇÃO

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



CONDIÇÕES ESPECIAIS – GARANTIA ADICIONAL DOENÇA CONGÊNITA

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao segurado principal, em caso da ocorrência de invalidez decorrente de doença congênita do filho(a), desde que contratada, diagnosticada até o 6º mês de vida do recém nascido, 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 da cobertura adicional de doenças congênitas:

- a) Eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação, ou não reconhecidos efetivamente pelos órgãos de saúde;
- b) Defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
- c) Decorrentes pelo mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Invalidez Permanente Parcial ou Total por Doença Congênita de Filho: para efeitos desta cobertura, entende-se aquela pela qual não se pode esperar recuperação ou

reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis, para o filho exercer futuramente qualquer tipo de atividade remunerada que garanta sua subsistência.

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

4. GRUPO SEGURADO

4.1. Filhos legítimos e recém nascidos de segurado que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por profissional regularmente habilitado. 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. CONDIÇÃO DE COBERTURA

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

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. 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.

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

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO



7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no **item 18.** (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);

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

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

8. RATIFICAÇÃO

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



CONDIÇÃO ESPECIAL PARA RESCISÃO CONTRATUAL

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE RESCISÃO CONTRATUAL

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao Estipulante do plano de seguro, em caso da ocorrência de morte do segurado, a título de reembolso das despesas referente ao acerto rescisório trabalhista devidamente comprovado, durante a vigência e devidamente coberto pelo plano de seguro, exceto se decorrente de risco excluído.

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

2. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS – GARANTIA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE

1. GARANTIA

1.1. A presente Cláusula Adicional tem por objetivo garantir ao beneficiário ou prepostos, uma indenização a título de reembolso das despesas em virtude do falecimento do segurado, limitada ao valor teto vigente à época do sinistro, mediante apresentação de Notas Fiscais que comprovem as despesas funerárias.

2. CONCEITO

2.1. Para fins desta cláusula, “auxílio funeral” consiste no reembolso de despesas em virtude de falecimento do Segurado Principal.

3. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

3.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da garantia 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 17. 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 - GARANTIA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

1. GARANTIA

1.1. A presente Cláusula Adicional tem por objetivo garantir ao beneficiário ou prepostos, 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 poderá ser efetuado de forma única ou parcial, a qual deverá ser estabelecida em contrato, de acordo com o disposto no item **19.3** das Condições Gerais.

3. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

3.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da garantia 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 **17. 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.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. GARANTIA

1.1. A presente Cláusula Suplementar, quando 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.

1.4.1.2. 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.

1.4.2. 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 garantia de Morte do cônjuge será equivalente ao percentual exposto nas Condições Específicas da Apólice ou em aditivo próprio, aplicável à garantia 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 garantias de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente será proporcional à garantia 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, será paga ao Segurado Dependente, ou seja, o próprio cônjuge.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

7.1. A garantia ou o conjunto de garantias 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 excluídas da cobertura do seguro a morte ou os danos físicos conseqüentes:

- a) de atos ou operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;**
- b) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**



- c) de eventos decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta;
- d) Eventos decorrentes de atos ilícitos dolosos do segurado, do beneficiário, ou de representante de um ou de outro;
- e) o beneficiário não terá direito ao capital estipulado, em caso de suicídio do segurado, nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial ou de sua recondução após suspenso.

8.2. Não se considera risco excluído a morte ou invalidez 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.

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. INCLUSÃO

1.1. Pela presente Cláusula Suplementar fica assegurado a inclusão, na apólice, dos filhos do Segurado, de acordo com as seguintes condições:

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 garantia 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;

3.2.3. 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 excluídas da cobertura do seguro a morte ou os danos físicos conseqüentes:

- a) de atos ou operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;**
- b) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- c) de eventos decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta;**
- d) Eventos decorrentes de atos ilícitos dolosos do segurado, do beneficiário, ou de representante de um ou de outro;**
- e) o beneficiário não terá direito ao capital estipulado, em caso de suicídio do segurado, nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial ou de sua recondução após suspenso.**

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

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA



8.1. A cobertura do presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

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 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 na planilha de cálculo que deu origem à taxa média aplicada na Apólice.

1.5. Percentual a ser distribuído: será distribuído ao Estipulante e/ou Segurados, até 50% (cinquenta por cento) do saldo positivo obtido na forma do item 4.2. desta Cláusula.

2. CONVERSÃO DAS RECEITAS E DESPESAS

2.1. As receitas e despesas serão corrigidas pela variação do IPCA/IBGE, a saber:

2.1.1. do respectivo mês de pagamento para os prêmios e comissões;

2.1.2. do mês do aviso à Seguradora, para os sinistros;

2.1.3. a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e

2.1.4. as datas em que incorreram, para as 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.

3. CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA A DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE

3.1. Somente será distribuído o excedente técnico quando, durante o período de apuração, a apólice tiver uma média mensal mínima de 500 segurados principais.

4. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE

4.1. 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 180 (cento e oitenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos;

4.2. Nos seguros contributários, o excedente técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados e nos parcialmente contributários o excedente técnico será distribuído aos Segurados e ao Estipulante na mesma proporção em que contribuíram para a manutenção do seguro.