

Condições Gerais

Seguro de Vida em Grupo



Olá,

Pensando em você e no desenvolvimento do seu negócio, a Volts Seguradora estruturou este material para tornar o seguro empresarial mais simples, transparente e fácil de entender.

Além de contar com uma proteção completa, desenvolvida para preservar o patrimônio da sua empresa e proporcionar mais tranquilidade no dia a dia, você passa a ter acesso a uma série de benefícios e serviços gratuitos, cuidadosamente selecionados para apoiar a sua operação.

Neste guia prático do segurado, apresentamos de forma objetiva esses benefícios e, na sequência, explicamos de maneira clara as condições gerais do seu contrato de seguro, bem como os planos de serviços opcionais disponíveis, que ampliam ainda mais o nível de proteção e personalização do seu seguro.

CONHEÇA O SEU SEGURO

Para aproveitar todos os benefícios do seu seguro com tranquilidade, é importante conhecer as coberturas e os planos de serviços contratados, descritos detalhadamente em sua apólice.

Nas Condições Gerais, você encontrará informações claras sobre o que cada cobertura garante, seus limites e regras de utilização. Recomendamos a leitura atenta de cada item para que você tenha total compreensão da proteção contratada.

Dados de envio

Destinatário:

Volts Seguradora S/A. (Regulação de Sinistro)
Rua Paraíba, 330 – Funcionários
Belo Horizonte/MG - CEP 30130-140

Central de Atendimento

SAC: **0800 031 2025**

Atendimento 24 horas

Ouvidoria: **0800 087 1234**

Atendimento de 2ª a 6ª feira das 08:30 às 17:30hs

Sumário

| | |
|---|----|
| 1. OBJETIVO DO SEGURO | 5 |
| 2. ELEMENTOS ESSENCIAIS DO CONTRATO DE SEGURO | 5 |
| 3. DEFINIÇÕES..... | 5 |
| 4. PÚBLICO ALVO | 10 |
| 5. COBERTURAS DO SEGURO | 10 |
| 6. RISCOS COBERTOS..... | 12 |
| 7. RISCOS EXCLUÍDOS..... | 12 |
| 8. CONTRATAÇÃO..... | 15 |
| 9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO | 17 |
| 10. INCLUSÃO DE SEGURADOS | 17 |
| 11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO | 19 |
| 12. VIGÊNCIA DAS COBERTURAS INDIVIDUAIS | 20 |
| 13. CAPITAL SEGURADO | 21 |
| 15. CUSTEIO DO SEGURO | 23 |
| 16. PAGAMENTO DE PRÊMIO | 23 |
| 17. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS | 26 |
| 18. CARÊNCIA E FRANQUIA | 26 |
| 22. CANCELAMENTO DO SEGURO..... | 29 |
| 23. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL..... | 30 |
| 24. PERDA DE DIREITOS..... | 31 |
| 25. EMBARGOS E SANÇÕES..... | 33 |
| 26. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS..... | 33 |
| 27. PRAZOS PRESCRICIONAIS..... | 35 |
| 28. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO | 36 |
| 29. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES | 36 |
| 30. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO..... | 37 |
| 31. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE | 37 |
| 32. REPRESENTANTE DE SEGUROS..... | 38 |
| 33. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS | 39 |
| 34. MORA | 40 |
| 35. EXCEDENTE TÉCNICO..... | 40 |
| 36. FORO..... | 40 |
| 37. DISPOSIÇÕES FINAIS | 41 |
| COBERTURA BÁSICA DE MORTE..... | 42 |
| ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ..... | 46 |
| COBERTURA DE AUXÍLIO CASAMENTO..... | 53 |
| COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA | 55 |

| | |
|---|-----|
| AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE (CBAA)..... | 57 |
| AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE | 59 |
| COBERTURA DE BÔNUS POR NASCIMENTO E CESTA NATALIDADE..... | 61 |
| CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E DEPENDENTES..... | 63 |
| DESEMPREGO..... | 66 |
| DESPESAS DIVERSAS..... | 69 |
| DESPESAS EMERGENCIAIS – MORTE POR ACIDENTE..... | 71 |
| DESPESAS EMERGENCIAIS - MORTE | 73 |
| DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES ODONTOLÓGICAS DECORRENTES - DMHO..... | 75 |
| DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICA DECORRENTES DE ACIDENTE EM VIAGEM (DMHO EM VIAGEM)..... | 78 |
| DIAGNÓSTICO DE CÂNCER..... | 81 |
| DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)..... | 85 |
| DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – DIH | 92 |
| DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – DIH-UTI..... | 96 |
| DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DCF) | 100 |
| COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – (DG) / ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (AED)..... | 103 |
| EDUCACIONAL..... | 109 |
| FILHOS PÓSTUMOS | 112 |
| COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA | 114 |
| INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ILPD | 121 |
| INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)..... | 126 |
| INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM..... | 133 |
| MAJORAÇÃO DE MEMBROS (IPAM)..... | 133 |
| INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)..... | 142 |
| MORTE ACIDENTAL - MA | 146 |
| NASCIMENTO PREMATURO | 150 |
| PET | 152 |
| REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL | 159 |
| RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT) | 166 |
| RESCISÃO CONTRATUAL AO ESTIPULANTE..... | 180 |
| SERIT – SEGURO DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA | 182 |
| REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO | 189 |

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos, de acordo com as coberturas contratadas pelo estipulante, dentro do período de cobertura do seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as Condições Gerais, Especiais, e as demais condições contratuais que fazem parte deste seguro.

2. ELEMENTOS ESSENCIAIS DO CONTRATO DE SEGURO

2.1 Interesse segurável: vínculo legítimo entre segurado e bem ou pessoa protegida. Sua ausência torna o contrato nulo, salvo se surgir posteriormente. Risco: evento incerto com potencial de causar prejuízo futuro. Riscos excluídos devem ser expressamente listados e a interpretação deve favorecer o segurado.

2.2

3. DEFINIÇÕES

Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

3.1 Acidente Pessoal nova nomenclatura no novo marco regulatório como Seguro sobre a Integridade Física: Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

3.1.1 Incluem-se nesse conceito:

- a)** O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a 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)** Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros, dos quais o segurado seja a vítima;
- e)** Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a)** **As doenças, incluídas as profissionais, moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**

b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1.

3.2 Agravamento do Risco: circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

3.3 Âmbito Geográfico: termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida.

3.4 Apólice: documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando a(s) cobertura(s) contratada(s).

3.5 Atividade Profissional: é a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência mediante remuneração.

3.6 Atividade Laborativa Principal: aquela através da qual o segurado obtém a maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

3.7 Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

3.8 Auditoria Médica: é a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado se submete para fins de comprovação do Sinistro.

3.9 Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

3.10 Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada que terá direito ao recebimento do valor do capital segurado contratado, em decorrência de sinistro coberto.

3.11 Cancelamento: ato pelo qual a apólice será cancelada antes da data prevista para término de sua vigência.

3.12 Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) cobertura(s) contratada(s), em caso de ocorrência de evento coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

3.13 Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) cobertura(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento de prêmio. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as Cláusulas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência.

3.14 Certificado Individual do Seguro: é o documento destinado ao Segurado, emitido quando da aceitação, renovação ou alteração no seguro, que indica a vigência do Seguro, a(s) cobertura(s) contratada(s), o(s) valor(es) do(s) Capital(is) Segurado(s) e o prêmio contratado.

3.15 Coberturas do Seguro: são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

3.16 Comoriência: será configurada quando dois ou mais indivíduos falecerem na mesma ocasião, não se podendo averiguar qual deles morreu primeiro. Neste caso, presumir-se-á simultaneamente o falecimento.

3.17 Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação do seguro, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato e da Declaração Pessoal de Saúde e Atividade.

3.18 Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

3.19 Condições Gerais: conjunto de cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas contratuais de um plano de seguro, que estabelecem obrigações e direitos das partes contratantes.

3.20 Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, entre as quais as particularidades operacionais, e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários, de forma complementar às condições gerais e às condições especiais.

3.21 Corretor de Seguros: é o profissional escolhido diretamente pelo estipulante, intermediador, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

3.22 Curador: pessoa encarregada judicialmente de administrar ou fiscalizar bens ou interesses de outra pessoa.

3.23 Doenças e/ou lesões preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, de conhecimento do proponente e não declaradas na proposta de adesão.

3.24 Doença Profissional: são as doenças constantes da lista das doenças profissionais instituída pelo Ministério da Saúde e que sejam ocasionadas, necessária e diretamente, pelo exercício da atividade profissional do Segurado.

3.25 Dolo: má-fé, qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro.

- 3.26 Endosso:** documento, emitido pela seguradora, pelo qual se formaliza qualquer alteração na apólice.
- 3.27 Estipulante:** pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que propõe a contratação de plano coletivo em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule, ficando investida de poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e regulação em vigor.
- 3.28 Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, ocorrido durante a vigência do seguro, passível de ser indenizado de acordo com as coberturas contratadas.
- 3.29 Excedente técnico:** saldo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva para determinado período.
- 3.30 Franquia:** é o período de tempo em cada evento coberto, contado da data de ocorrência do sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, ou valor determinado que representa aparte do prejuízo indenizável que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro. Assim, se o valor do prejuízo de determinado sinistro não superar a franquia, a seguradora não indenizará o segurado, suportando o estipulante/segurado as suas consequências.
- 3.31 Final de Vigência:** data final para ocorrência de riscos previstos em uma apólice de seguro. O final de vigência do Seguro ocorrerá às 24 horas do dia anterior ao seu aniversário, respeitando-se a vigência contratada.
- 3.32 Foro:** no Contrato de Seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.
- 3.33 Grupo segurado:** Totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 3.34 Grupo segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 3.35 Incapacidade Temporária:** é a perda total, contínua e temporária da capacidade para a prática da Atividade Profissional, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença.
- 3.36 Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições do seguro e dentro dos limites contratados.
- 3.37 Índice para atualização de valores:** é o índice utilizado para atualização monetária das obrigações pecuniárias contratuais, a partir da data em que se tornarem exigíveis. Neste plano de seguro, o índice estabelecido é o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 3.38 Início de Vigência:** data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 3.39 Liquidação de Sinistro:** pagamento da indenização (ou reembolso) relativa a um sinistro.

- 3.40 Má-Fé:** agir de modo contrário a lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente.
- 3.41 Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 3.42 Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 3.43 NYHA:** tabela funcional da New York Heart Association que permite classificar a extensão da insuficiência cardíaca congestiva.
- 3.44 Perícia Médica:** é a avaliação feita por um médico a qual o segurado é submetido para fins de comprovação do sinistro.
- 3.45 Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 3.46 Prêmio:** é a importância paga pelo Segurado à Seguradora para garantir o risco contratado, desde que coberto.
- 3.47 Processo SUSEP:** é o registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 3.48 Proponente:** o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) do seguro, mediante preenchimento e protocolo da Proposta de Contratação na Seguradora.
- 3.49 Proposta de Adesão:** é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 3.50 Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, estipulante pessoa física ou jurídica, seu representante legal ou corretor de seguros, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 3.51 Pro-rata temporis:** critério de cálculo de devolução da parte do prêmio devido, em caso de o contrato cessar os seus efeitos antes da data inicialmente prevista para o fim da sua vigência. Com ela se pretende dizer que o valor de prêmio a devolver é proporcional ao período de tempo pelo qual o contrato deixou de estar em vigor, tendo em consideração o prazo inicialmente contratado.
- 3.52 Renda:** é a série de pagamento periódicos a que tem direito o(s) beneficiário(s) ou o próprio segurado, de acordo com a estrutura do plano.
- 3.53 Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, especiais e/ou no contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.

- 3.54 Segurado:** é a pessoa física que está exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas.
- 3.55 Segurado Principal:** aquele segurado que mantém vínculo com o estipulante.
- 3.56 Segurado Dependente:** cônjuge/companheiro(a) e filhos dependentes do segurado principal, assim considerados conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.
- 3.57 Seguradora:** empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil e que, mediante o recebimento do prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.
- 3.58 Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 3.59 Seguro Contributário:** aquele em que os segurados pagam o prêmio, parcial ou totalmente.
- 3.60 Seguro de Pessoas:** Seguro sobre a vida, nova nomenclatura no novo marco regulatórios do seguro.
- 3.61 Seguro Não Contributário:** aquele em que os segurados não pagam prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao estipulante.
- 3.62 Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 3.63 Vigência:** período pelo qual está contratada a cobertura do seguro.
- 3.64 Vigência da Cobertura Individual:** período em que os segurados terão direito às coberturas contratadas, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.
- 3.65 Vínculo:** é a relação, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinada empresa ou grupo de pessoas.

4. PÚBLICO ALVO

4.1 O público-alvo principal do seguro de vida em grupo são empresas (PMEs e grandes) que buscam oferecer um benefício corporativo para seus funcionários, incluindo, por vezes, dependentes diretos, visando engajamento, retenção de talentos e proteção financeira coletiva; além disso, associações, sindicatos e outros grupos com interesses comuns também são um público-alvo para essa modalidade.

5. COBERTURAS DO SEGURO

5.1 As coberturas do seguro podem ser contratadas respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela seguradora.

5.2 O objetivo da cobertura, riscos cobertos e riscos excluídos estão dispostos nas respectivas condições especiais.

5.3 As coberturas passíveis de contratação são:

- a) Morte
- b) Morte acidental
- c) Reembolso de despesas com funeral
- d) Rescisão contratual ao estipulante:
- e) Invalidez permanente total ou parcial por acidente (ipa);
- f) Invalidez permanente total ou parcial por acidente com majoração demembros (ipam);
- g) Invalidez permanente total por acidente (ipta);
- h) Auxílio cesta básica (cb);
- i) Auxílio cesta básica por afastamento por acidente (cbaa);
- j) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas – dmho
- k) Despesas médicas, hospitalares e odontológicas em viagem – (dmho emviagem)
- l) Doenças graves – dg / antecipação especial por doença (aed)
- m) Diárias de internação hospitalar – dih
- n) Diárias de internação hospitalar – dih-uti
- o) Diárias de incapacidade temporária – dit
- p) Renda por incapacidade temporária decorrente por doença ou acidente – (rit)
- q) Desemprego
- r) Doença congênita de filho (dcf)
- s) Despesas emergenciais – morte
- t) Despesas emergenciais – morte por acidente
- u) Auxílio medicamento por acidente
- v) Diagnóstico de câncer
- w) Nascimento prematuro
- x) Auxílio casamento
- y) Adaptação de casa e/ou veículo por invalidez
- z) Filhos póstumos
- aa) Educacional
- bb) Cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e dependentes
- cc) Pet
- dd) Bônus por nascimento e cesta natalidade
- ee) Invalidez laborativa permanente total por doença
- ff) Invalidez funcional permanente total por doença
- gg) Despesas diversas
- hh) Serit

5.4 DOENÇAS GRAVES – DG / ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (AED) DO CÔNJUGEAs coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez

Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não podem ser contratadas em conjunto.

5.5 As coberturas de Auxílio Cesta Básica e Auxílio Cesta Básica por acidente não podem ser contratadas em conjunto.

5.6 As coberturas de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (RIT) e Renda por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (RIT-Acidente) não podem ser contratadas em conjunto.

5.7 As coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) e Diárias de Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (DIT-Acidente) não podem ser contratadas em conjunto.

5.8 As coberturas de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH) e Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva por Acidente (DIH-UTI) não podem ser contratadas em conjunto.

5.9 Cláusulas Suplementares: Este seguro pode contemplar, opcionalmente, as seguintes cláusulas suplementares, que serão especificadas em condições especiais e no contrato, se contratadas:

a) Inclusão de Cônjuge e Dependentes (ICD);

b) Reversão de Excedente Técnico.

5.10 Será(ão) expreso(s) contratualmente a(s) cobertura(s) contratada(s).

5.11 Somente os sinistros decorrentes das coberturas contratadas pelo estipulante estão amparados pelo seguro, observadas as condições contratuais, condições gerais e especiais.

5.12 Deverá ser informado na Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar.

5.13 As coberturas contratadas e os respectivos valores dos Capitais Segurados estarão expressos na apólice, na Proposta de Contratação e no contrato.

5.14 No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes, incluindo despesas com traslado. Não estarão cobertas despesas com aquisição e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

5.15 Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

6. RISCOS COBERTOS

6.1 Estão cobertos exclusivamente os eventos descritos nesta Condição Geral como riscos cobertos, desde que ocorridos durante a vigência do seguro e respeitados os limites contratados.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

- 7.1** Estão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:
- a) Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear, explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) Doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, definidas como de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão individual;
 - d) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
 - e) Doação e transplante intervivos;
 - f) Suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Em caso de aumento de
 - g) capital segurado durante o curso do contrato, a carência para suicídio é contada somente para a parcela aumentada;
 - h) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
 - i) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário, ou pelo representante legal, de um ou de outro, sócios controladores, dirigentes e administradores da estipulante pessoa jurídica ou pelos respectivos representantes;
 - j) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico;
 - k) Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;
 - l) Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;
 - m) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

- n) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo quando a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- o) Quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro;
- p) Do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

7.2 Estão também excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de evento coberto, decorrentes de:

- a) Danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos por este seguro as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.
- b) Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou **eliminação dos padrões de beleza ou estética.**
- c) Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que, mesmo sem ferir ou causar estragos ao patrimônio material de uma pessoa, ofenda seus princípios e valores de ordem moral, relacionados à sua honra, seus sentimentos a sua dignidade, como também de sua família.

a.1). Quando proveniente de ação judicial, ficará à critério do juiz o reconhecimento da existência de tal dano, bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, que deverá ser direcionada contra o efetivo causador do dano.

b.1). Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos por este seguro as indenizações por DANOS MATERIAIS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

b.2). Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e poder ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.

c.1). Lucros cessantes/perdas e danos/danos emergente resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.

7.3 Não se consideram Riscos Excluídos os eventos decorrentes da utilização de meio de

transportemais arriscado para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militarou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

7.4 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à garantia do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

8. CONTRATAÇÃO

8.1 Considera-se contratado o seguro quando a Proposta de Contratação, contendo os elementos mínimos essenciais ao exame da aceitação de risco, devidamente preenchida e assinada pelo Proponente, for aceita pela SEGURADORA, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

8.2 Este seguro poderá ser contratado por pessoas físicas ou jurídicas, desde que comprovem vínculo anterior ao seguro.

8.3 As pessoas físicas ou jurídicas que contratarem o seguro serão as estipulantes das apólices.

8.4 A celebração do contrato de seguro e sua(s) alteração(ões) somente poderão ser feitas mediante recebimento por parte da seguradora da proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, através de seu corretor de seguro.

8.5 A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.6 A proposta de contratação conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, com a expressa intenção de o proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, contratar uma cobertura ou mais coberturas, além da manifestação de seu pleno conhecimento das condições contratuais do seguro.

8.7 A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

8.8 A proposta feita pelo potencial segurado ou estipulante não exige forma escrita.

8.9 O simples pedido de cotação à seguradora não equivale à proposta, mas as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.

8.10 O potencial segurado ou estipulante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora.

- I. O descumprimento doloso do dever de informar, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.
- II. O descumprimento culposo do dever de informar, implicará a redução da garantia

proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

III. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

8.11 As partes e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao questionário, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

8.12 A seguradora deverá alertar o potencial segurado ou estipulante sobre quais são as informações relevantes a serem prestadas na formação do contrato de seguro e esclarecer, em suas comunicações e questionários, as consequências do descumprimento do dever de informar.

8.13 Quando o seguro, por sua natureza ou por expressa disposição, for do tipo que exige informações contínuas ou averbações de globalidade de riscos e interesses, a omissão do segurado, desde que comprovada, implicará a perda da garantia, sem prejuízo da dívida do prêmio.

- I.** A sanção de perda da garantia será aplicável ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.
- II.** O segurado poderá afastar a aplicação da sanção de perda da garantia consignando a diferença de prêmio e provando a casualidade da omissão e sua boa-fé.

8.14 O proponente deverá ser cientificado com antecedência sobre o conteúdo do contrato, obrigatoriamente redigido em língua portuguesa e inscrito em suporte duradouro, nos termos do item “I”

- III.** As regras sobre perda de direitos, exclusão de interesses, prejuízos e riscos, imposição de obrigações e restrições de direitos serão redigidas de forma clara, compreensível e colocadas em destaque, sob pena de nulidade.
- IV.** Serão nulas as cláusulas redigidas em idioma estrangeiro ou que se limitem a referir-se a regras de uso internacional.
- V.** O contrato celebrado sem atender, naquilo que não contrariar a proposta, será regido pelas condições contratuais previstas nos modelos que vierem a ser tempestivamente depositados pela seguradora no órgão fiscalizador de seguros, para o ramo e a modalidade de garantia constantes da proposta, prevalecendo, quando mencionado na proposta o número do processo administrativo, o clausulado correspondente cuja vigência abranja a época da contratação do seguro, ou o mais favorável ao segurado, caso haja diversos clausulados depositados para o mesmo ramo e modalidade de seguro e não exista menção específica a nenhum deles na proposta.

8.15 Recebida a proposta, a seguradora terá o prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias para cientificar sua recusa ao proponente, ao final do qual será considerada aceita.

8.16 Considera-se igualmente aceita a proposta pela prática de atos inequívocos, tais como o

recebimento total ou parcial do prêmio ou sua cobrança pela seguradora.

8.17 A seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou produção de exames periciais, e o prazo para a recusa terá novo início, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial.

8.18 Em qualquer hipótese, para a validade da recusa, a seguradora deverá comunicar sua justificativa ao proponente.

8.19 A seguradora poderá garantir provisoriamente o interesse, sem obrigar-se à aceitação definitiva do negócio.

8.20 Os critérios comerciais e técnicos de subscrição ou aceitação de riscos devem promover a solidariedade e o desenvolvimento econômico e social, vedadas políticas técnicas e comerciais conducentes à discriminação social ou prejudiciais à livre iniciativa empresarial.

8.21 O contrato presume-se celebrado para vigorar pelo prazo de 1 (um) ano, salvo quando outro prazo decorrer de sua natureza, do interesse, do risco ou da vontade das partes.

8.22 Nos seguros com previsão de renovação automática, a seguradora deverá, em até 30 (trinta) dias antes de seu término, cientificar o contratante de sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda fazer para a renovação.

- I. Se a seguradora for omissa, o contrato será automaticamente renovado.
- II. O segurado poderá recusar o novo contrato a qualquer tempo antes do início de sua vigência, comunicando-o à seguradora ou, caso não tenha promovido averbações de riscos, simplesmente deixando de efetuar o pagamento da única ou da primeira parcela do prêmio.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO

9.1 As coberturas do seguro abrangem eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário prevista nas Condições Especiais e/ou no Contrato.

10. INCLUSÃO DE SEGURADOS

10.1 Poderão ser aceitos no seguro, mediante análise e aceitação da Proposta de Adesão e observadas as demais cláusulas destas condições gerais e especiais, os seguintes proponentes:

10.2 Segurados Principais

10.2.1 São chamados segurados principais, os segurados que possuam vínculo com o estipulante, desde que aceito na Seguradora, observadas as condições de aceitação.

10.3 Da inclusão de Cônjuge e Filhos

10.3.1 O cônjuge do segurado principal poderá participar do seguro de forma facultativa ou automática, na qualidade de segurado dependente, considerando-se cônjuge a pessoa legalmentereconhecida como tal, assim como o(a) companheiro(a) do segurado principal, observada a legislação brasileira a respeito da união estável.

10.3.2 O(s) filho(s) do segurado principal poderá(ão) participar do seguro de forma automática, na qualidade de segurado(s) dependente(s).

10.3.3 O capital segurado do componente dependente não poderá, em nenhuma hipótese, ser superior ao capital segurado do componente principal.

10.3.4 Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado principal, desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor, por ocasião da ocorrência de eventual sinistro.

10.3.5 Para efeitos deste seguro podem ser segurados dependentes os filhos considerados dependentes conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

10.4 Cabe ao estipulante informar a seguradora os nomes dos proponentes/segurados portadores de deficiência, indicando o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da seguradora.

10.5 A proposta de adesão conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e dorisco.

10.6 A aceitação do proponente estará sujeita à análise de risco.

10.7 A seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de adesão do proponente, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

10.8 A seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou produção de exames periciais, e o prazo para a recusa terá novo início, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial.

10.9 Em qualquer hipótese, para a validade da recusa, a seguradora deverá comunicar sua justificativa ao proponente.

10.10 A seguradora poderá garantir provisoriamente o interesse, sem obrigar-se à aceitação definitiva do negócio.

10.11 Os critérios comerciais e técnicos de subscrição ou aceitação de riscos devem promover a solidariedade e o desenvolvimento econômico e social, vedadas políticas técnicas e comerciais conducentes à discriminação social ou prejudiciais à livre iniciativa empresarial.

10.12 Nos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, a modificação dos termos do contrato em vigor que possa gerar efeitos contrários aos interesses dos segurados e dos beneficiários dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo.

10.13 Quando não prevista no contrato anterior, a modificação do conteúdo dos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, em caso de renovação, dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo. Art. 124. Salvo se a seguradora encerrar operações no ramo ou na modalidade, a recusa de renovação de seguros individuais sobre a vida e a integridade física que tenham sido renovados sucessiva e automaticamente por mais de 10 (dez) anos deverá ser precedida de comunicação ao segurado e acompanhada de oferta de outro seguro que contenha garantia similar e preços atuarialmente repactuados, em função da realidade e do equilíbrio da carteira, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, vedados carências e direito de recusa de prestação em virtude de fatos preexistentes.

10.13.1 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

10.14 A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora nos prazos previstos, caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

11.1 As apólices, certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas e expressamente acordada entre as partes.

11.2 A data de início de vigência será a prevista na proposta de contratação e indicadas na apólice, quando a proposta for recepcionada sem pagamento de prêmio.

11.2.1 A data de início de vigência será a data de recebimento da proposta pela seguradora quando esta for recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

11.3 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.

11.4 A renovação automática do seguro somente poderá ser feita uma única vez, e por igual período, salvo se o estipulante ou a seguradora comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.

11.5 Uma vez renovada automaticamente a apólice, as demais renovações devem ser processadas de forma expressa, desde que não haja desistência da seguradora até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento, servindo-se o segurado de meio que demonstre sua vontade em renovar o seguro.

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

11.7 Este seguro é contratado por prazo determinado, tendo à seguradora a faculdade de não renovar a apólice no término de sua vigência, sem devolução dos prêmios pagos.

11.8 Caso o estipulante ou a seguradora não tenham interesse na renovação do seguro, comunicarão sua intenção à outra parte mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias em relação ao final de vigência da apólice.

11.9 Qualquer alteração neste contrato somente terá validade se for feita por meio de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a Aceitação do seguro.

11.10 Caberá ao Estipulante solicitar a Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do Capital Segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e Aceitação do Risco.

11.11 Este Seguro não poderá ser renovado caso essa Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante SUSEP, desde que seja dada ciência ao Segurado, até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento.

11.12 Caso o valor do Capital Segurado atinja o Limite Técnico que a Seguradora assumiu como desua responsabilidade, o seguro poderá não ser renovado.

11.13 Para efeito de pagamento de sinistro, na hipótese de o capital segurado exceder o Limite Técnico da Seguradora, o Segurado não será penalizado.

11.14 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a vigência do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência, se esta não for renovada.

11.15 Salvo se a seguradora encerrar operações no ramo ou na modalidade, a recusa de renovação de seguros individuais sobre a vida e a integridade física que tenham sido renovados sucessiva e automaticamente por mais de 10 (dez) anos deverá ser precedida de comunicação ao segurado e acompanhada de oferta de outro seguro que contenha garantia similar e preços atuarialmente repactuados, em função da realidade e do equilíbrio da carteira, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, vedados carências e direito de recusa de prestação em virtude de fatos preexistentes.

12. VIGÊNCIA DAS COBERTURAS INDIVIDUAIS

12.1 O início de vigência do certificado individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido contratualmente e constará no Certificado Individual do Seguro.

12.2 A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 horas da(s) data(s) definida(s) nas Condições Contratuais da Apólice inclusive os endossos correspondentes.

12.3 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.

12.4 Os 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 sociedade seguradora.

12.5 Os certificados individuais seguirão a vigência da apólice, observados os demais termos destas condições gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento da apólice ou do seguro Individual.

13. CAPITAL SEGURADO

13.1 O Capital Segurado de cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente e constará nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

13.2 Considera-se como data da ocorrência de sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) Na cobertura de morte – a data do falecimento;

b) Nas demais coberturas, **se contratadas** – a data estabelecida como data do evento nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

14. BENEFICIÁRIOS

14.1 Cabe ao segurado, exclusivamente, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) beneficiário(s), mediante declaração feita formalmente à seguradora, sob pena de não validade à alteração.

14.2 Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

14.3 A seguradora não sendo informada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

14.4 No caso de beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto na lei.

14.5 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, mediante comunicação expressa à seguradora.

14.6 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de beneficiário(s) feita pelo segurado, desde que recebida pela seguradora no mês de competência da assinatura.

14.7 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) beneficiário(s)/segurado(s) dependente(s), a indenização referente à(s) cobertura(s) contratada deverá(ão) ser paga(s) aos respectivos beneficiário(s) indicado(s) ou, na ausência, aos herdeiros legais dos segurados.

14.8 A pessoa jurídica somente poderá ser beneficiária do seguro se comprovado o legítimo interesse para figurar nessa condição.

- 14.9** A seguradora não cientificada da substituição será exonerada pagando ao antigo beneficiário.
- 14.10** Na falta de indicação do beneficiário ou se não prevalecer a indicação feita, o capital segurado será pago, se for o caso, será devolvida a reserva matemática por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado.
- I.** Considera-se ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro ou se ocorrer comorência.
 - II.** Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.
 - III.** Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.
- 14.11** Se a seguradora, ciente do sinistro, não identificar beneficiário ou dependente do segurado para subsistenciano prazo prescricional da respectiva pretensão, o capital segurado será tido por abandonado, nos termos do inciso III do caput do art. 1.275 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), e será aportado no Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil (Funcap). nos 556 e § 5º Não prevalecerá a indicação de beneficiário nas hipóteses de revogação da doação, observados o disposto arts. 555, 557 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil).
- 14.12** O capital segurado devido em razão de morte não é considerado herança para nenhum efeito.
- 14.13** Para os fins deste artigo, equipara-se ao seguro de vida a garantia de risco de morte do participante nos planos de previdência complementar.
- 14.14** É nulo, no seguro sobre a vida e a integridade física próprias, qualquer negócio jurídico que direta ou indiretamente implique renúncia ou redução do crédito ao capital segurado ou à reserva matemática, ressalvadas as atribuições feitas em favor do segurado ou dos beneficiários a título de empréstimo técnico ou resgate.
- 14.15** Nos seguros sobre a vida própria para o caso de morte e sobre a integridade física própria para o caso de invalidez por doença, é lícito estipular-se prazo de carência, durante o qual a seguradora não responde pela ocorrência do sinistro.
- 14.16** O beneficiário não terá direito ao recebimento do capital segurado quando o suicídio voluntário do segurado ocorrer antes de completados 2 (dois) anos de vigência do seguro de vida.
- I.** Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no subitem.
 - II.** É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.
 - III.** O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está

compreendido no prazo de carência.

- IV. É nula a cláusula de exclusão de cobertura de suicídio de qualquer espécie.
- V. Ocorrendo o suicídio no prazo de carência, é assegurado o direito à devolução do montante da reserva matemática formada.

14.17 A seguradora não se exime do pagamento do capital segurado, ainda que previsto contratualmente, quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho, da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva.

14.18 Os capitais segurados devidos em razão de morte ou de perda da integridade física não implicam subrogação, quando pagos, e são impenhoráveis.

15. CUSTEIO DO SEGURO

15.1 Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:

15.2 Não contributivo: aquele em que os segurados não contribuem com o pagamento do prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao estipulante.

15.3 Contributivo: aquele em que os segurados contribuem com o pagamento do prêmio, parcial ou totalmente.

15.4 Independente da forma de custeio estabelecida, o Estipulante será sempre o único responsável, junto a seguradora, pelo pagamento do prêmio.

16. PAGAMENTO DE PRÊMIO

16.1 O pagamento do prêmio à Seguradora será feito pelo estipulante, nos prazos estabelecidos contratualmente.

16.2 A periodicidade e a forma de pagamento dos prêmios serão definidas no contrato do seguro, podendo ser mensal, trimestral, semestral, anual ou fracionado.

16.3 O pagamento do prêmio será feito à seguradora por intermédio da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei, conforme disposto nas condições contratuais.

16.4 A data limite para o pagamento do prêmio estará expressa no documento de cobrança emitido pela seguradora.

16.5 Se a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

16.5.1 É vedado o recebimento do prêmio antes de formado o contrato, salvo o caso de cobertura provisória.

16.5.2 A mora relativa à prestação única ou à primeira parcela do prêmio resolve de pleno direito o contrato, salvo convenção, uso ou costume em contrário.

- I.** A mora relativa às demais parcelas suspenderá a garantia contratual, sem prejuízo do crédito da seguradora ao prêmio, após notificação do segurado concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias, contado do recebimento, para a purgação da mora.
- II.** A notificação deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o seu recebimento pelo segurado e conter as advertências de que o não pagamento no novo prazo suspenderá a garantia e de que, não purgada a mora, a seguradora não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga.
- III.** Caso o segurado recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à seguradora, o prazo previsto no item “I” terá início na data da frustração da notificação.

16.5.3 A resolução do contrato, salvo quando se tratar de mora da prestação única ou da primeira parcela do prêmio, está condicionada a notificação prévia e não poderá ocorrer em prazo inferior a 30 (trinta) dias após a suspensão da garantia.

16.5.4 Quando o contrato de seguro for nulo ou ineficaz, o segurado ou o tomador terá direito à devolução do prêmio, deduzidas as despesas realizadas, salvo se provado que o vício decorreu de sua má-fé.

16.5.5 No seguro sobre a vida e a integridade física de terceiro, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de nulidade do contrato, seu interesse sobre a vida e a incolumidade do segurado.

16.5.6 Nos seguros sobre a vida e a integridade física estruturados com reserva matemática, o não pagamento de parcela do prêmio que não a primeira implicará a redução proporcional da garantia ou a devolução da reserva, conforme a escolha do segurado ou de seus beneficiários, a ser feita dentro de 30 (trinta) dias contados da notificação do inadimplemento, da qual deve constar a advertência de que, se houver abstenção nessa escolha, a decisão caberá à seguradora.

- I.** O prazo previsto no subitem terá início na data da frustração da notificação sempre que o segurado ou o estipulante recusar o recebimento ou, por qualquer razão, não for encontrado no último endereço informado à seguradora ou no que constar dos cadastros

normalmente utilizados pelas instituições financeiras.

- II.** Dispensa-se a notificação quando a notificação de suspensão da garantia, de que tratam os itens Iº, IIº e IIIº, advertir para a resolução do contrato caso não purgada a mora.

16.5.7 Nos seguros sobre a vida e a integridade física, o prêmio pode ser convencionado por prazo limitado ou por toda a vida do segurado.

16.5.8 Caberá execução para a cobrança do prêmio, se infrutífera a notificação realizada pela seguradora, e sempre que esta houver suportado o risco que recai sobre o interesse garantido.

16.5.9 No seguro com prêmio fracionado, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

16.6 O não pagamento do prêmio à vista ou o não pagamento da 1ª (primeira) parcela, nos casos de seguros com fracionamento de prêmio, na data indicada no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático da apólice, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

16.7 Nos seguros com prêmio fracionado, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à 1ª (primeira), o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazoscurto especificada a seguir:

| Relação % entre a parcelade prêmio paga e o prêmio total da apólice | Fração a ser aplicada sobre a vigência original | Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice | Fração a ser aplicada sobre a vigência original |
|---|---|--|---|
| 13 | 15/365 | 73 | 195/365 |
| 20 | 30/365 | 75 | 210/365 |
| 27 | 45/365 | 78 | 225/365 |
| 30 | 60/365 | 80 | 240/365 |
| 37 | 75/365 | 83 | 255/365 |
| 40 | 90/365 | 85 | 270/365 |
| 46 | 105/365 | 88 | 285/365 |
| 50 | 120/365 | 90 | 300/365 |
| 56 | 135/365 | 93 | 315/365 |
| 60 | 150/365 | 95 | 330/365 |
| 66 | 165/365 | 98 | 345/365 |
| 70 | 180/365 | 100 | 365/365 |

16.8 Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais

imediatamente superiores.

16.8.1 A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do item 16.7.

16.8.2 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no item 13.7, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

16.8.3 Findo o novo prazo de vigência da cobertura, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

16.8.4 No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a sociedade seguradora poderá cancelar o contrato.

17. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS

17.1 Fica reservado à seguradora o direito de recalcular o prêmio no final da vigência, salvo prazo menor estipulado, deste contrato de seguro, caso venha a ocorrer à necessidade de reenquadramento das taxas visando o equilíbrio atuarial deste plano.

17.2 Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do estipulante e dos segurados, a taxa reajustada será aplicada a partir da renovação da próxima vigência da apólice, salvo prazo menor estipulado no contrato de seguro, desde que comunicado mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.

17.3 O potencial segurado ou estipulante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora

17.4 Qualquer alteração de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, em caso de seguro com custeio contributivo.

18. CARÊNCIA E FRANQUIA

18.1 Neste seguro poderão ser aplicadas carências e franquias durante as quais, em caso de sinistro, a seguradora fica isenta da responsabilidade de pagamento do capital segurado.

18.2 Se houver prazo de carência fixado, este não poderá exceder à metade do prazo de vigência do contrato.

18.3 Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados da data de inclusão do segurado no seguro. Em caso de aumento de capital segurado durante o curso do contrato, a carência para suicídio é contada somente para a parcela

aumentada.

18.4 Na hipótese de aumento do Capital Segurado Individual, o seguro estará sujeito a novo período de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.

19. CARÊNCIA ESPECÍFICA

19.1 É entendida como sendo o período ininterrupto, contado do Início de Vigência do seguro, do aumento do capital ou da recondução da vigência depois de suspenso, durante o qual, sem prejuízo do pagamento dos Prêmios individuais, o Segurado não terá direito à garantia dada por cobertura à qual seja aplicada esta cláusula.

19.2 É aplicável em consequência de decretação por Órgão oficial de saúde, nacional ou internacional, em função da ocorrência de surto(s) endêmico(s), epidêmico(s) ou pandêmico(s) e a partir de tal comunicação, haverá aplicação desta Carência para inclusões ou aumentos de capital no seguro.

19.3 A critério da Seguradora, a Carência poderá ser reduzida ou substituída por declaração pessoal de saúde ou de atividade e/ou exame médico.

19.4 Em caso de renovação do seguro, não será iniciado novo prazo de Carência.

20. CARÊNCIA GERAL

20.1 É entendida como sendo o período ininterrupto, contado do Início de Vigência do seguro, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual, sem prejuízo do pagamento dos Prêmios individuais, o Segurado não terá direito à garantia dada por cobertura à qual seja aplicada esta cláusula.

20.2 O prazo de Carência poderá ser aplicado às inclusões e aos aumentos de Capital Segurado solicitados após o Início de Vigência do seguro.

20.3 Nos seguros sobre a vida própria para o caso de morte e sobre a integridade física própria para o caso de invalidez por doença, é lícito estipular-se prazo de carência, durante o qual a seguradora não responde pela ocorrência do sinistro.

- a) O prazo de carência não pode ser convencionado quando se tratar de renovação ou de substituição de contrato existente, ainda que seja outra a seguradora.
- b) O prazo de carência não pode ser pactuado de forma a tornar inócua a garantia e em nenhum caso pode exceder a metade da vigência do contrato.
- c) Ocorrendo o sinistro no prazo de carência, legal ou contratual, a seguradora é obrigada a entregar ao segurado ou ao beneficiário o valor do prêmio pago, ou a reserva matemática, se houver.
- d) Convencionada a carência, a seguradora não poderá negar o pagamento do capital sob a alegação de preexistência de estado patológico.

20.4 A exclusão somente poderá ser alegada quando não convenicionado prazo de carência e desde que o segurado, questionado claramente, omita voluntariamente a informação da preexistência.

20.5 O beneficiário não terá direito ao recebimento do capital segurado quando o suicídio voluntário do segurado ocorrer antes de completados 2 (dois) anos de vigência do seguro de vida.

- I.** Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo.
- II.** É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.
- III.** O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.
- IV.** É nula a cláusula de exclusão de cobertura de suicídio de qualquer espécie.
- V.** Ocorrendo o suicídio no prazo de carência, é assegurado o direito à devolução do montante da reserva matemática formada.

21. FRANQUIA

21.1 Este plano de seguro poderá estabelecer a aplicação de franquia temporal à garantia dada por cobertura à qual seja aplicada esta cláusula.

21.2 A franquia é representada como parte do prejuízo apurado, que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições do Contrato.

21.3 A cobertura será devida a partir do primeiro dia após cumprido o período de tempo determinado para tanto, contado a partir da data do sinistro, observado o limite contratual máximo garantido por evento fixado nas condições do seguro.

21.4 As despesas com as medidas de contenção ou de salvamento para evitar o sinistro iminente ou atenuar seus efeitos, mesmo que realizadas por terceiros, correm por conta da seguradora, até o limite pactuado pelas partes, sem reduzir a garantia do seguro.

- I.** A obrigação previstas nos subitens subsistirá ainda que os prejuízos não superem o valor da franquia contratada ou que as medidas de contenção ou de salvamento tenham sido ineficazes.
- II.** Não constituem despesas de salvamento as realizadas com prevenção ordinária, incluída qualquer espécie de manutenção.
- III.** A seguradora não estará obrigada ao pagamento de despesas com medidas notoriamente inadequadas, observada a garantia contratada para o tipo de sinistro iminente ou verificado.
- IV.** Se não for pactuado limite diverso, o reembolso das despesas de contenção ou de salvamento será limitado ao equivalente a 20% (vinte por cento) do limite máximo de indenização ou capital garantido aplicável ao tipo de sinistro iminente ou verificado.

- V. A seguradora suportará a totalidade das despesas efetuadas com a adoção de medidas de contenção ou de salvamento que expressamente recomendar para o caso específico, ainda que excedam o limite pactuado.

22.CANCELAMENTO DO SEGURO

22.1 Transcorrido o período de tolerância sem pagamento dos prêmios, o seguro será cancelado por motivo de inadimplência, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade quanto aos eventuais sinistros ocorridos a partir de então.

22.2 A resolução do contrato, salvo quando se tratar de mora da prestação única ou da primeira parcela do prêmio, está condicionada a notificação prévia e não poderá ocorrer em prazo inferior a 30 (trinta) dias após a suspensão da garantia.

- I. A resolução libera integralmente a seguradora por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir de então.
- II. Nos seguros sobre a vida e a integridade física estruturados com reserva matemática, o não pagamento de parcela do prêmio que não a primeira implicará a redução proporcional da garantia ou a devolução da reserva, conforme a escolha do segurado ou de seus beneficiários, a ser feita dentro de 30 (trinta) dias contados da notificação do inadimplemento, da qual deve constar a advertência de que, se houver abstenção nessa escolha, a decisão caberá à seguradora.
- III. O prazo previsto no subitem terá início na data da frustração da notificação sempre que o segurado ou o estipulante recusar o recebimento ou, por qualquer razão, não for encontrado no último endereço informado à seguradora ou no que constar dos cadastros normalmente utilizados pelas instituições financeiras.
- IV. Dispensa-se a notificação quando a notificação de suspensão da garantia, de que tratam os itens Iº, IIº e IIIº, advertir para a resolução do contrato caso não purgada a mora.

22.3 Nos seguros sobre a vida e a integridade física, o prêmio pode ser convencionado por prazo limitado ou por toda a vida do segurado.

22.4 Caberá execução para a cobrança do prêmio, se infrutífera a notificação realizada pela seguradora, e sempre que esta houver suportado o risco que recai sobre o interesse garantido.

22.5 Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato, hipótese em que

este perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução.

22.6 A resolução deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o recebimento da notificação pelo segurado, e a seguradora deverá restituir a eventual diferença de prêmio, ressalvado, na mesma proporção, seu direito ao ressarcimento das despesas incorridas com a contratação.

22.7 O segurado que dolosamente descumprir o dever perde a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.

22.8 O segurado que culposamente descumprir o dever fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, não fará jus à garantia.

22.9 Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

23. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

23.1 A cobertura de cada segurado cessará ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

23.2 Também, a cobertura de cada segurado cessará caso o contrato de seguro seja cancelado durante a sua vigência por acordo entre as partes.

23.3 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessará, ainda:

- a) Com a morte do segurado;
- b) Com a caracterização de sinistro na cobertura de invalidez permanente e total por acidente, se contratada a cobertura;
- c) Com a caracterização de sinistro nas coberturas de invalidez permanente e total por doença, seja na modalidade funcional ou laborativa, Antecipação Especial por Doença e Diagnóstico decâncer, se contratadas as coberturas desses riscos e desde que o capital segurado seja igual a toda cobertura de Morte;
- d) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante;
- e) Com o agravamento intencional do risco.

23.4 Além das disposições mencionadas para a cessação da cobertura do segurado principal, a cobertura de cada segurado dependente será descontinuada:

- a) Se for cancelada a respectiva cláusula suplementar;
- b) Com o cancelamento do seguro do segurado principal;
- c) Com a morte ou a caracterização de sinistro nas coberturas de invalidez permanente e total por acidente, invalidez permanente e total por doença, seja na modalidade funcional ou laborativa e Antecipação Especial por Doença, se contratada a cobertura desse risco, do segurado principal;
- d) No caso de cessação da condição de dependente.

24. PERDA DE DIREITOS

24.1 O contrato de seguro deve ser interpretado e executado segundo a boa-fé.

24.2 Se da interpretação de quaisquer documentos elaborados pela seguradora, tais como peças publicitárias,

24.3 impressos, instrumentos contratuais ou pré-contratuais, resultarem dúvidas, contradições, obscuridades ou equivocidades, elas serão resolvidas no sentido mais favorável ao segurado, ao beneficiário ou ao terceiro prejudicado.

24.4 As condições particulares do seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.

24.5 As cláusulas referentes a exclusão de riscos e prejuízos ou que impliquem limitação ou perda de direitos e garantias são de interpretação restritiva quanto à sua incidência e abrangência, cabendo à seguradora a prova do seu suporte fático.

24.6 A seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja:

- a) Prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou do outro;
- b) Dolo, simulação ou prática de fraude por parte do segurado ou estipulante no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- c) Nos seguros estipulados por pessoas jurídicas, a restrição acima abrange os sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários ou respectivos representantes.
- d) Agravamento intencional do risco ou das consequências/lesões resultantes de um sinistro, que em um primeiro momento, estaria coberto, por parte do segurado;
- e) Declarações inexatas ou omissão de circunstâncias que possam influir ou ter influído na aceitação

da proposta ou no valor do prêmio, ficando, o estipulante, obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

24.7 Se a inexatidão ou omissão nas declarações a que se refere à letra “d” do item acima não resultar de má-fé, a seguradora poderá:

I - na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

II - na hipótese de ocorrência 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 calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

24.8 O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, quaisquer alterações ocorridas durante a vigência do seguro que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza do risco coberto, ou qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

24.9 Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato, hipótese em que este perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução.

24.10 A resolução deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o recebimento da notificação pelo segurado, e a seguradora deverá restituir a eventual diferença de prêmio, ressalvado, na mesma proporção, seu direito ao ressarcimento das despesas incorridas com a contratação.

24.11 O estipulante e/ou segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, quaisquer alterações ocorridas durante a vigência do seguro que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza do risco coberto, ou qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

24.12 A não comunicação de circunstâncias que caracterizam o agravamento de risco implicarão na perda ao direito do Capital Segurado contratado, conforme previsto no artigo 768 do Código Civil que dispõe sobre o dever de o segurado comunicar à seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco e na legislação vigente do seguro.

25. EMBARGOS E SANÇÕES

25.1 Fica entendido e acordado que respeitando-se todo o conteúdo das Condições Gerais, Coberturas Adicionais, Cláusulas Específicas e Cláusulas Particulares do presente contrato de seguro, ficam estabelecidos critérios e procedimentos em relação a situações de suspensão de cobertura no pagamento de indenizações ou restituições devidas pela Seguradora nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) ou país(es), estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) às sanções previstas na legislação Brasileira ou Internacional, conforme descrito nas listas de embargos e sanções, não se limitando a estas:

a) Organização das Nações Unidas - ONU: <https://nacoesunidas.org/conheca/>

b) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>

a) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

c) Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: <http://www.fazenda.gov.br/assuntos/prevencao-lavagem-dinheiro/alertas-pld-ft>

25.1.1 As listas acima poderão sofrer atualizações de acordo com seus Órgãos Reguladores.

25.2 Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou país(es), nas listas de embargos e Sanções, as coberturas deste seguro, bem como

quaisquer indenizações estarão suspensas pelo período em que o segurado, seus beneficiários ou país(es), estiverem incluídos em Listas de Sanções e embargos, desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

25.3 Ratificam-se os demais Termos, Cláusulas e Condições não modificados por esta Cláusula.

26. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

26.1 Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à seguradora, esta deverá ser comunicada pelo estipulante ou pelo segurado, seus representantes ou beneficiários, através do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, por qualquer meio de comunicação idôneo, porém não desobrigando o segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

26.2 A provocação dolosa de sinistro determina a perda do direito à indenização ou ao capital

segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.

26.3 É vedado ao segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro

26.4 Para a análise do sinistro, a seguradora solicitará documentos básicos de acordo com a natureza do sinistro e as coberturas contratadas, relacionados em condições especiais das coberturas.

26.5 A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de decair do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

26.6 Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado.

26.7 A seguradora poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los.

26.8 Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido, o prazo para o pagamento da indenização ou do capital estipulado suspende-se por no máximo 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

26.9 O prazo estabelecido somente pode ser suspenso 1 (uma) vez nos sinistros relacionados a seguros de veículos automotores e seguros de vida e integridade física, assim como em todos os demais seguros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente.

26.10 A autoridade fiscalizadora poderá fixar prazo superior para tipos de seguro em que a liquidação dos valores devidos implique maior complexidade na apuração, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

26.11 O valor devido apurado deve ser apresentado de forma fundamentada ao interessado, não podendo a seguradora inovar posteriormente, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

26.12 A mora da seguradora fará incidir multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, conforme disposto nos arts. 86 e 87 desta Lei.

26.13 Após o prazo previsto no item 23.3, os valores serão atualizados pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item “Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro”, a partir da data de sua exigibilidade, e acrescidos de juros moratórios de 6% ao ano, a partir do último dia previsto

para o pagamento.

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

26.14 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito, independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

26.15 O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única ou de renda, conforme definido nas condições especiais de cada cobertura e nas condições contratuais.

26.15.1 Para os capitais segurados pagos sob forma de renda serão, a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, e acrescido do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

26.16 Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

26.17 Eventuais despesas com a comprovação do evento e/ou documentos exigidos quando da abertura do sinistro correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

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

26.19 Fica estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

27. PRAZOS PRESCRICIONAIS

27.1 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

27.2 Art. 126. Prescrevem:

- I. em 1 (um) ano, contado da ciência do respectivo fato gerador:
 - a) a pretensão da seguradora para a cobrança do prêmio ou qualquer outra pretensão contra o segurado e o estipulante do seguro;
 - b) a pretensão dos intervenientes corretores de seguro, agentes ou representantes de seguro e estipulantes para a cobrança de suas remunerações;
 - c) as pretensões das cosseguradoras entre si;
 - d) as pretensões entre seguradoras, resseguradoras e retrocessionárias;
- II. em 1 (um) ano, contado da ciência da recepção da recusa expressa e motivada da seguradora, a

pretensão do segurado para exigir indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias restituição de prêmio em seu favor;

- a) em 3 (três) anos, contados da ciência do respectivo fato gerador, a pretensão dos beneficiários ou terceiros prejudicados para exigir da seguradora indenização, capital, reserva matemática e prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias.

27.3 Além das causas previstas na Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), a prescrição da pretensão relativa ao recebimento de indenização ou capital segurado será suspensa uma única vez, quando a seguradora receber pedido de reconsideração da recusa de pagamento.

27.4 Cessa a suspensão no dia em que o interessado for comunicado pela seguradora de sua decisão final.

28. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO

28.1 O capital segurado e os prêmios poderão ser atualizados anualmente, pelo IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na variação positiva do último índice publicado antes da renovação da apólice.

28.1.1 Alternativamente ao critério de utilização mencionado no item 20.1 poderá se estabelecer ainda a atualização do capital segurado e prêmios de acordo com os limites acordados em Convenção Coletiva da Categoria, visando garantir os interesses dos contratantes, cujos valores estarão em consonância com a dita Convenção.

28.2 A seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária das suas obrigações pelo IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

28.2.1 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios de 6% (seis por cento) a.a. será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

28.3 Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária dos valores do seguro terá por base o IPC - FIPE - Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, ou outro índice que vier a substituí-lo.

29. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

29.1 Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, no qual todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano, em um determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração, comercialização e pagamento de sinistros ocorridos no mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada, inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, a este título, uma vez que cada prêmio é destinado

a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura, respeitados, inclusive, os riscos excluídos.

30. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

30.1 As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial deste seguro, submetidas à SUSEP.

31. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

31.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no contrato, constituem ainda obrigações do estipulante:

- b)** Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- c)** Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- d)** Manter atualizados e fornecer, sempre que solicitado, informações cadastrais e/ou documentos pessoais dos segurados, necessários para atendimento à circular SUSEP que dispõe sobre a prevenção e combate do crime de “lavagem” e ocultação de bens, direitos ou valores, observada eventual norma que a substitua;
- e)** Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- f)** Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- g)** Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- h)** Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referente(s) ao(s) seguro(s) emitido(s) para o segurado;
- i)** Comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- j)** Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros, inadimplências de prêmio, cancelamentos e não renovação da apólice;
- k)** Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l)** Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

m) Informar a razão social e se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propagandado seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio estipulante;

n) Manter o pagamento do prêmio em dia, o capital segurado atualizado, e o fornecimento da documentação para liquidação do sinistro.

31.2 O estipulante declarará, no ato do preenchimento e assinatura da proposta de contratação, que tomou conhecimento prévio destas condições gerais do seguro, estando de pleno acordo com as mesmas.

32. REPRESENTANTE DE SEGUROS

32.1 Considera-se representante de seguros, para efeito desta Resolução, a pessoa jurídica que assumir a obrigação de promover, ofertar ou distribuir produtos de seguros, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, à conta e em nome de sociedade seguradora, sem prejuízo de realização de outras atividades.

32.2 O representante de seguros é um agente autorizado da sociedade seguradora, não possui poderes de representação dos segurados e é considerado intermediário dos produtos da sociedade seguradora.

32.3 É vedada a atuação de corretor de seguros e seus prepostos como representante de seguros.

32.4 A pessoa jurídica de que trata a Resolução CNSP nº 431, de 12 de novembro de 2021, não poderá figurar, simultaneamente no mesmo contrato de seguro como representante de seguros e como estipulante ou subestipulante de Bilhete coletiva.

32.5 O representante de seguros poderá atuar na intermediação de contratação de Bilhete coletiva, observada a necessidade de existência de vínculo estreito, claro e inequívoco entre o estipulante da referida Bilhete e o grupo segurado, além do vínculo de natureza securitária.

32.6 O representante de seguros poderá exercer as atividades de que trata a Resolução CNSP nº 431, de 12 de novembro de 2021, §1º do art. 1º para uma ou mais sociedades seguradoras, sem prejuízo do exercício de outras atividades em seu nome e por conta própria.

32.7 O representante de seguros atuará de acordo com os poderes delimitados no respectivo contrato de representação firmado com a sociedade seguradora.

32.8 As atividades do representante de seguros de que trata a Resolução CNSP nº 431, de 12 de novembro de 2021 - §1º do art. 1º, além da promoção, oferta ou distribuição de produtos de seguros, podem abranger:

- I.** Aconselhamento sobre produtos de seguros ofertados;
- II.** Recepção de propostas de seguro, emissão de bilhetes de seguros;
- III.** Certificados individuais e Bilhetes e/ou celebração de contratos coletivos;
- IV.** Recepção e tratamento de questões operacionais relacionadas ao contrato de seguro, tais como renovação, alteração, repactuação e cancelamento;

- V. Subscrição de riscos relacionados a produtos de seguros;
- VI. Coleta e fornecimento à sociedade seguradora de dados cadastrais e de documentação de proponentes, segurados, beneficiários e, se for o caso, estipulantes, corretores de seguros e seus prepostos;
- VII. Recolhimento de prêmios de seguro;
- VIII. Recebimento de avisos de sinistros;
- IX. Regulação de sinistros;
- X. Pagamento de indenização;
- XI. Orientação e assistência aos segurados e seus beneficiários, no que compete aos contratos de seguros;
- XII. Apoio logístico e operacional à sociedade seguradora na gestão e execução de contratos de seguros; e
- XIII. Outras atividades que não sejam privativas de sociedades seguradoras, desde que claramente especificadas, inclusive serviços de controle e processamento de dados das operações pactuadas em nome da sociedade seguradora.

32.9 Para fins do disposto no inciso XII, é considerada atividade privativa de sociedade seguradora a assunção de riscos seguráveis.

32.10 A sociedade seguradora deve assegurar capacitação do representante compatível com a natureza e complexidade das atividades por ele desempenhadas em seu nome.

32.11 O representante de seguros deverá manter processos, políticas, procedimentos e estrutura compatíveis com a complexidade dos produtos dos quais é intermediário, com a natureza dos clientes com os quais interage e com o escopo efetivo de sua atuação, considerando os diversos modelos de negócio possíveis.

32.12 Na hipótese de substabelecimento a terceiros, total ou parcialmente, o representante de seguros será responsável por todos os atos e omissões dos substabelecidos no que se refere às atividades de que trata a Resolução CNSP nº 431, de 12 de novembro de 2021.

32.13 O contrato de representação poderá prever a necessidade de prévia anuência da sociedade seguradora para o substabelecimento que trata o item 28.12

32.14 Os contratos de representação firmados entre sociedades seguradoras e seus representantes de seguros deverão ser mantidos à disposição do órgão fiscalizador pela sociedade seguradora e pelo representante de seguros.

33. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

33.1 No seguro de pessoas, a Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado ou do(s) Beneficiário(s), contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil Brasileiro.

34. MORA

34.1 No pagamento do prêmio, a mora relativa à prestação única ou à primeira parcela do prêmio resolve de pleno direito o contrato, salvo convenção, uso ou costume em contrário.

- I.** A mora relativa às demais parcelas suspenderá a garantia contratual, sem prejuízo do crédito da seguradora ao prêmio, após notificação do segurado concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias, contado do recebimento, para a purgação da mora.
- II.** A notificação será feita por qualquer meio idôneo que comprove o seu recebimento pelo segurado e conter as advertências de que o não pagamento no novo prazo suspenderá a garantia e de que, não purgada a mora, a seguradora não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga.

34.2 Na comunicação e liquidação de sinistro a mora da seguradora fará incidir multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, conforme disposto nos Arts. 86 e 87 desta Lei 15040/2024.

34.3 A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 16.2 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que se tornar exigível.

34.4 Em caso da devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.

34.5 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução

35. EXCEDENTE TÉCNICO

35.1 O Contrato firmado entre a seguradora e o estipulante poderá estabelecer a reversão de excedente técnico, conforme critérios previstos na Cláusula Suplementar de Reversão de Excedente Técnico, que será anexada a estas Condições Gerais, se adotada.

36. FORO

36.1 Fica eleito o foro do domicílio do estipulante, do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para processamento de quaisquer questões judiciais entre as partes.

36.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

37. DISPOSIÇÕES FINAIS

37.1 A contratação do seguro é opcional, sendo facultada ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer se houver.

37.2 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise de risco.

37.3 As demandas judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, que envolvam questões relacionadas ao seguro serão sempre processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.:

37.4 Os planos de seguro de que trata este documento, somente poderão ser distribuídos através de instituição financeira, incluindo seus correspondentes, diretamente à sociedade seguradora ou a seus correspondentes de seguro ou a seus representantes de seguros.

37.5 Só será admitida a contratação de até dois planos de seguro de pessoas sobre o(s) mesmo(s) risco(s) coberto(s), para um mesmo segurado, por sociedade seguradora, dentro de períodos de vigência sobrepostos.

37.6 A soma dos capitais segurados dos planos de seguros de pessoas sobre um mesmo risco coberto contratados, não poderá ultrapassar os limites máximos previstos na regulamentação específica.

37.7 A existência de um terceiro contrato de seguro de pessoas sobre o mesmo risco coberto, para um mesmo segurado, junto a uma mesma sociedade seguradora, será considerada para todos os efeitos como contratação de seguro de vida, sujeitando a sociedade seguradora responsável às penalidades cabíveis pelo descumprimento na norma regulamentar.

37.8 A atualização de valores relativos a prêmios e capital segurado observará a legislação específica vigente.

37.9 Este plano de seguro foi submetido à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, estando suas condições registradas através do processo nº 15414.624030/2026-69.

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

37.11 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.

37.12 O número de telefone gratuito da central de atendimento ao segurado estará disponibilizado pela sociedade seguradora nos documentos contratuais.

37.13 Fica entendido e acordado que no presente microsseguro os tributos serão pagos por quem a lei vigente determinar.

37.14 Fale com a Ouvidoria através dos seguintes canais:

37.15 Ouvidoria 0800 087 1234 (Funcionamento do canal de ouvidoria: De segunda a sexta feira, exceto feriados, das 8:30 as 17:30 horas). Deficientes auditivos ou de fala: 0800 087 1234.

COBERTURA BÁSICA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, por causa natural ou acidental devidamente coberta, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

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

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes que resultem a morte 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 que resultem a morte decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes que resultem a morte decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes que resultem a morte decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.3 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 micro traumas 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 2.1.1.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Considera-se risco coberto a ocorrência de morte do segurado, seja natural ou acidental, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Indenização por morte, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1 Após o pagamento de indenização por morte, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1 Para a cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

7.1.1 Em caso de morte do segurado por causa natural:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia autenticada);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);

- d)** Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- e)** Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor (cópia simples);
- f)** Declaração de únicos herdeiros (original);
- g)** Todos os laudos e exames realizados desde a data de diagnóstico da doença até a data do óbito (cópia simples);
- h)** Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- i)** Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

7.1.2 Em caso de morte do segurado por causa acidental, adicionalmente aos documentos relacionados no item 7.1.1, excetuando o documento citado na alínea “h”:

- a)** Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- b)** Boletim de Ocorrência Policial (cópia simples);
- c)** Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) (cópia simples);
- d)** CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- e)** Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado (cópia simples);
- f)** Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir) (cópia simples);
- g)** Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver) (cópia simples);
- h)** Laudo de Perícia Técnica (se houver) (cópia simples).

7.2 Para todos os beneficiários do segurado na cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

- a)** RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
- b)** Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) (cópia simples);
- c)** Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- d)** Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples).

7.2.1 Se o beneficiário for cônjuge do segurado, o documento básico adicional é a cópia simples da certidão de casamento do segurado, atualizada com as averbações.

7.2.2 Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado (cópia simples).

7.2.3 Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Certidão de Nascimento (cópia simples);

b) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada filho (cópia simples).

7.2.4 Para todos os itens descritos acima, durante a liquidação de sinistro se necessário, documentos complementares serão solicitados.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1 Em caso de morte do segurado principal, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, obedecidas as disposições do item “Beneficiários”, das Condições Gerais, na falta destes, pela ordem de sucessão legal.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização para adequação da casa ou veículo do segurado titular, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de invalidez permanente parcial ou total por acidente do segurado, **em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, durante a vigência da cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

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

2.1.2 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. Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e. Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou

micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.

3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demonstrem alterações traumáticas com o nexos causal acidental.

3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

3.4 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização:

| Invalidez Permanente | Discriminação | % sobre Capital Segurado |
|---|---|--------------------------|
| Total | Perda total da visão de ambos os olhos | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros superiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros inferiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambas as mãos | 100 |
| | Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior | 100 |
| | Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os pés | 100 |
| | Alienação mental total e incurável | 100 |
| Parcial diversos | Perda total da visão de um olho | 30 |
| | Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista | 70 |
| | Surdez total incurável de ambos os ouvidos | 40 |
| | Surdez total incurável de um dos ouvidos | 20 |
| | Mudez incurável | 50 |
| | Fratura não consolidada no maxilar inferior | 20 |
| | Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 20 |
| | Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral | 25 |
| Membros superiores | Perda total de uso de um dos membros superiores | 70 |
| | Perda total de uso de uma das mãos | 60 |
| | Fratura não consolidada de um dos úmeros | 50 |
| | Fratura não consolidada de um dos segmentos radioulnais | 30 |
| | Anquilose total de um dos ombros | 25 |
| <p>Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.</p> | | |
| Diversos | MANDÍBULA | |
| | Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos: | |
| | - Em grau mínimo | 10 |
| | - Em grau médio | 15 |
| | - Em grau máximo | 20 |
| | NARIZ | |
| | Amputação total do nariz com perda total do olfato | 25 |
| | Perda total do olfato | 07 |
| | Perda do olfato com alterações gustativas | 10 |
| | APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO | |
| | Diplopia | 15 |
| | Lesões das vias lacrimais: | |
| | - Unilateral | 07 |
| | - Unilateral com fístulas | 15 |
| | - Bilateral | 14 |
| | - Bilateral com fístulas | 25 |
| | Lesões da pálpebra: | |
| | - Ectrópio unilateral | 03 |
| | - Ectrópio bilateral | 06 |
| | - Entrópio unilateral | 07 |
| - Entrópio bilateral | 14 | |

| | |
|--|----|
| - Má oclusão palpebral bilateral | 06 |
| - Ptose palpebral unilateral | 05 |
| - Ptose palpebral bilateral | 10 |
| APARELHO DA FONACÃO | |
| Perda da palavra (mudez incurável) | 50 |
| Perda de substância (palato mole e duro) | 15 |
| Amputação total da língua | 50 |
| Parcial (menos de 50%) | 15 |
| Parcial (mais de 50%) | 30 |
| SISTEMA AUDITIVO | |
| Amputação total de uma orelha | 08 |
| Amputação total das duas orelhas | 16 |
| PERDA DO BAÇO | 15 |
| APARELHO URINÁRIO | |
| Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias) | 15 |
| Cistostomia (definitiva) | 30 |
| Incontinência urinária permanente | 30 |
| PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE | |
| Com função renal preservada | 30 |
| Redução da função renal (não dialítica) | 50 |
| Redução da função renal (dialítica) | 75 |
| Perda de rim único | 75 |
| APARELHO GENITAL E REPRODUTOR | |
| Perda de um testículo | 10 |
| Perda de dois testículos | 20 |
| Amputação traumática do pênis | 50 |
| Perda de um ovário | 10 |
| Perda de dois ovários | 20 |
| Perda do útero antes da menopausa | 40 |
| Perda do útero depois da menopausa | 10 |
| PESCOÇO | |
| Estenose da faringe com obstáculo a deglutição | 15 |
| Lesão do esôfago com transtornos da função motora | 15 |
| Traqueostomia definitiva | 40 |
| Paralisia de uma corda vocal | 10 |
| Paralisia de duas cordas vocais | 30 |
| TÓRAX | |
| APARELHO RESPIRATÓRIO | |
| Sequelas pós-traumáticas pleurais | 10 |
| Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total): | |
| - Com função respiratória preservada | 15 |
| - Com redução em grau mínimo da função respiratória | 25 |
| - Com redução em grau médio da função respiratória | 50 |
| - Com insuficiência respiratória | 75 |
| - Com função respiratória preservada | 15 |

| | | |
|--|--|----|
| | MAMAS (FEMININAS) | |
| | Mastectomia unilateral | 10 |
| | Mastectomia bilateral | 20 |
| | ABDÔMEN (ORGÃO E VÍ CERAS) | |
| | Gastrectomia subtotal | 20 |
| | Gastrectomia total | 40 |
| | INTESTINO DELGADO | |
| | Ressecção parcial | 20 |
| | Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva | 40 |
| | INTESTINO GROSSO | |
| Colectomia parcial | 20 | |
| Colectomia total ou definitiva | 40 | |
| RETO E ÂNUS | | |
| Incontinência fecal sem prolapso | 30 | |
| Incontinência fecal com prolapso | 50 | |
| Retenção anal | 10 | |
| FÍGADO | | |
| Lobectomia hepática sem alteração funcional | 10 | |
| Lobectomia com insuficiência hepática | 50 | |
| Extirpação da vesícula biliar | 07 | |
| SÍNDROMES NEUROLÓGICAS | | |
| Epilepsia pós-traumática | 20 | |
| Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia) | 20 | |
| Síndrome pós-concussional | 05 | |

Diversos

3.6 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista nesta cobertura para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.7 Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

3.8 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.

3.9 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.

3.10 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.

3.11 A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente

não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau de preexistência.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Adaptação de casa e/ou veículo por invalidez:

a) Perda de dentes e danos estéticos;

b) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;

c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

d) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto, observados as demais disposições destas Condições Especiais.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observado o capital máximo contratado.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1 Para a cobertura de Adaptação de Casa e/ou Veículo por Invalidez, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);

b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);

c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);

d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);

- e) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- h) Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
- i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado Despesas de Comprovação

6.2 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

6.3 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

7. JUNTA MÉDICA

7.1. No 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, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

COBERTURA DE AUXÍLIO CASAMENTO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao segurado titular o pagamento do capital segurado contratado em caso do seu casamento no civil, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

1.2 Quando o casal trabalhar na mesma empresa, a cobertura será paga a ambos.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Para efeito desta Condição Especial, consideram-se as definições do item das Condições Gerais.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Considera-se risco coberto o casamento no civil do segurado titular, desde que o casamento ocorra durante a vigência do risco individual.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:

- a) Certidão de casamento religioso;
- b) Comprovante ou Declaração de União estável;
- c) Reconhecimento de União Estável depois da morte de um dos cônjuges.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Indenização, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do casamento no civil.

5.3 Caracterizado o evento, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1 Para a cobertura de auxílio casamento, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);

- b) Certidão de casamento expedida pelo cartório
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- e) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- f) Formulário de Autorização para Crédito em conta;

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento a título de auxílio para aquisição de cesta básica de alimentos, por sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite do valor do capital segurado contratado, observadas as disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Glossário para os termos relacionados à cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente:

2.1.1. Franquia: É o período correspondente aos primeiros 30 (trinta) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção da(s) cesta(s) básica(s).

2.1.1.1. Caso seja contratada a opção de franquia reduzida, o período de franquia será reduzido para 15 (quinze) ou 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Esta cobertura será devida quando da ocorrência de afastamento decorrente de acidente pessoal coberto, não sendo extensiva às coberturas de Antecipação Especial por Doença (AED), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ou Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional (ILPD).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente do segurado.

5.3. O pagamento do capital será feito em parcelas mensais ou parcela única, conforme definido nas condições contratuais.

6. FRANQUIA

6.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

6.2. A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade(original);
- h) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
- i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

7.2. **O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Cesta Básica não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE (CBA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento a título de auxílio para aquisição de cesta básica de alimentos, por sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite do valor do capital segurado contratado, observadas as disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Glossário para os termos relacionados à cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente:

2.1.1. Franquia: É o período correspondente aos primeiros 30 (trinta) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção da(s) cesta(s) básica(s).

2.1.1.1. Caso seja contratada a opção de franquia reduzida, o período de franquia será reduzido para 15 (quinze) ou 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Esta cobertura será devida quando da ocorrência de afastamento decorrente de acidente pessoal coberto, não sendo extensiva às coberturas de Antecipação Especial por Doença (AED), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ou Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional (ILPD).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente do segurado.

5.3. O pagamento do capital será feito em parcelas mensais ou parcela única, conforme definido nas condições contratuais.

6. FRANQUIA

6.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

6.2. A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
- h) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
- i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

7.2. O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Cesta Básica não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização para esta cobertura, caso haja ocorrência de sinistro causado por acidente pessoal devidamente coberto e observadas as demais condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.2 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Em caso de acidente pessoal coberto, a seguradora efetuará o reembolso relativo aos custos com medicamentos, devidamente prescrito por médico legalmente habilitado e responsável pelo atendimento do segurado, até o limite do capital segurado.

3.2. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para avaliação.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Notas Fiscais sem detalhamento de medicamento genérico não serão consideradas elegíveis para o reembolso

4.2. Receitas Médicas sem assinatura, data de realização de consulta carimbo do médico não serão consideradas elegíveis para o reembolso

4.3. Solicitações de reembolso após 30(trinta) dias do atendimento médico não serão aceitas.

4.4. Medicamento de classificação comercial OTC (vendas livres)

4.5. Medicamentos contínuos

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1 Para a cobertura de Auxílio Medicamento por Acidente, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);

- b)** RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- c)** Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- d)** Nota fiscal de compra (com detalhamento do medicamento)
- e)** Receita Médica (datada e carimbada pelo médico)
- f)** Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- g)** CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- h)** Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original)

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

COBERTURA DE BÔNUS POR NASCIMENTO E CESTA NATALIDADE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado ao próprio segurado em caso de nascimento de filho(s) durante a vigência da apólice.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Recém-nascidos: recém-nascido vivo.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Considera-se como risco coberto, o nascimento de filho(s) prematuro(s) ou não, desde que respeitadas as condições contratuais.

3.2 Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida pelo número de filhos nascidos vivos.

3.3 Caso os pais (pai e mãe) trabalhem na mesma empresa, os capitais não se acumulam.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:

a) Natimortos

b) Nascimentos ocorridos anteriores a vigência da apólice ou do segurado titular

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do nascimento do bebê.

5.3 Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela, em favor do próprio segurado.

6. CARÊNCIA

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice

do seguro.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1 Para esta cobertura, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Certidão de nascimento;
- d) Cartão de nascimento em nome do recém-nascido feito pelo neonatologista na maternidade/hospital. Neste documento deverá conter: nome, data de nascimento, peso e idade gestacional (documento entregue no momento da alta hospitalar).
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- f) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.
- i) Se necessário, documentos complementares serão solicitados.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E DEPENDENTES

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cláusula suplementar na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado estipulado ao segurado Titular, observadas as coberturas contratadas e desde que aplicadas também à este, em consequência de algum dos eventos cobertos ocorridos durante a vigência do seguro e observadas as condições contratuais aplicáveis.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Para efeito desta Cláusula Suplementar, considera-se Cônjuge a pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como o(a) companheiro(a) do segurado Titular, observada a legislação brasileira a respeito da união estável.

2.2 Para efeito desta Cláusula Suplementar, considera-se Dependentes do segurado Titular, aqueles assim considerados conforme a regulamentação do imposto de renda pessoa física e/ou da previdência social.

3. RISCOS COBERTO

3.1 A(s) cobertura(s) contratada(s) para o Cônjuge e para Dependentes será(ão) estabelecida(s) contratualmente, de acordo com o disponível no item 3. Coberturas do Seguro nas Condições Gerais e obedecerão às mesmas disposições estabelecidas para o segurado Titular nas Condições Gerais e Condições Especiais das coberturas, podendo ser elas:

- a) MORTE
- b) MORTE ACIDENTAL – MA
- c) REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL
- d) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA);
- e) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO DE MEMBROS (IPAM);
- f) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA);
- g) AUXÍLIO CESTA BÁSICA (CB);
- h) AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE (CBAA);
- i) DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO
- j) DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS EM VIAGEM – (DMHO EM VIAGEM)
- k) DOENÇAS GRAVES – DG / ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (AED)
- l) DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – DIH
- m) DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – DIH-UTI
- n) DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – DIT
- o) INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA
- p) INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais e Especiais do seguro, exclui-se desta cláusula o cônjuge do segurado Titular que faça parte do grupo segurado também na condição de segurado Titular.

5. FORMAS DE PARTICIPAÇÃO

5.1 Automática: inclusão de cônjuge no seguro de forma automática, sem necessidade de adesão individual, devidamente especificada no contrato, estando cobertos pelo seguro os cônjuges de todos os segurados principais.

5.2 Facultativa: quando serão incluídos os cônjuges dos segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

6. VIGÊNCIA

6.1 O início de vigência do risco individual previsto nesta cláusula suplementar será:

6.2 A data de início da cobertura do segurado Titular, para Cônjuges ou Dependentes admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo; ou

6.3 A data da inclusão desta cláusula no seguro, caso ocorra após o início de vigência da apólice.

7. CESSAÇÃO DO SEGURO

7.1 Além das situações previstas nos itens “Cancelamento do Seguro” e “Cessação da Cobertura Individual” das Condições Gerais do seguro, o seguro terminará:

7.1.1 Para o Cônjuge:

- Com o óbito por acidente do cônjuge;
- Com a separação do cônjuge de fato, com a separação judicial, com o divórcio ou fim da união estável.

7.1.2 Para o Dependente:

- Com a morte do Dependente;
- Com a perda da condição de Dependente nos termos da regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1 O capital segurado será definido no contrato, sendo expresso em percentual aplicável ao capital segurado estabelecido para o segurado Titular, não podendo exceder 100% (cem por cento) do capital contratado para esta última, obedecidas as disposições do item “Capital Segurado” das Condições Gerais para efeito de determinação do capital segurado individual.

Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, o descrito em cada condição contratual das coberturas contratadas.

O pagamento do capital será feito em parcela única.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1 No caso da morte do cônjuge/companheiro, o beneficiário será o próprio segurado Titular.

9.2 Nas demais coberturas, fica estabelecido o constante nas condições especiais de cada cobertura.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1 Conforme disposto nas Condições Gerais do seguro e o constante nas condições especiais de cada cobertura.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Cláusula Suplementar.

DESEMPREGO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de renda ao segurado, no caso de o segurado perder o emprego sem justa causa, por iniciativa do seu empregador, durante a vigência da cobertura e observadas as demais disposições das condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Para fins desta cobertura, desemprego é a rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do empregador, desde que não motivado por justa causa conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) vigente no país.

3.2 Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais com vínculo empregatício.

3.3 O segurado deverá comprovar a permanência como empregado em uma mesma empresa nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores à data da perda do emprego, de forma ininterrupta, através de vínculo empregatício por contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, ou possuir registro em carteira de trabalho como empregado doméstico.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos desta cobertura a desemprego decorrente de:

- a) Programas anunciados pelo empregador do segurado para redução do seu quadro de funcionários ou dispensas, ainda que incentivadas, ou programas de demissão voluntária que, de maneira geral ou específica, incluam a categoria de trabalho do segurado;**
- b) Demissão por justa causa;**
- c) Demissão do segurado em data anterior ao início de vigência desta cobertura;**
- d) Abandono de emprego ou pedido de demissão voluntário do segurado;**
- e) Término do contrato de trabalho temporário ou mandato de cargos eletivos;**
- f) Aposentadoria, pensão ou retiro/ausência do segurado.**

4.2 Também, não estão cobertos os profissionais: autônomos, estagiário, jovem aprendiz, empresário e demais considerados profissionais liberais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Desemprego.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da perda do emprego.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1 Para a cobertura de Desemprego, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- c) Comprovante atualizado de endereço nominal ao segurado do mês do óbito (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) (cópia simples);
- d) Páginas da carteira de trabalho (CPTS) do segurado que contêm o seguinte: identificação do segurado, último contrato de trabalho, rescisão e página posterior (cópia simples);
- e) Termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado (cópia simples);
- f) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- g) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

6.2 O pagamento da primeira parcela será efetuado até o 30º (trigésimo) dia da entrega à Seguradora da documentação mencionada no item acima, desde que o evento esteja coberto.

6.3 Se a condição (desemprego) prevalecer, os demais pagamentos serão cabíveis, respeitando o limite de rendas contratadas, conforme condições contratuais do seguro. Contudo cabe ao segurado apresentar documentação probatória da situação de desemprego para ter direito ao recebimento da próxima renda.

6.4 Caso não ocorra à comprovação da condição de desempregado no prazo de 30 (trinta) dias contados do último pagamento, entender-se-á que o desemprego não mais subsiste, cessando automaticamente os efeitos da presente cobertura.

7. CARÊNCIA

7.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se os limites estabelecidos no item “Carência e Franquia” das Condições Gerais.

7.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1 Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

DESPESAS DIVERSAS

1. OBJETIVO

Esta Condição Especial integra o **Plano de Vida em Grupo**, podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

Serão utilizadas as mesmas definições do item **2. GLOSSÁRIO** das Condições Gerais.

3. GARANTIA

É a cobertura que garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência de Morte do Segurado, seja ela natural, acidental ou ainda uma invalidez permanente por acidente.

São admitidas as modalidades estabelecidas nas condições contratuais do produto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes no item **5. RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais do Plano de Vida em Grupo de Pessoas.

5. CAPITAL SEGURADO

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerado o valor definido na contratação.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

- I. Os planos de vida em grupo poderão prever, facultativamente, prazos de carência aplicáveis a esta cobertura respeitado o limite de 02 (dois) anos.
- II. O prazo de carência, quando previsto, deverá estar explícito, logo após a definição da cobertura contratada.
- III. Os prazos de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para esta cobertura, nos documentos contratuais.

7. BENEFICIÁRIOS

Em caso de Morte do Segurado:

A qualificação do(s) beneficiário(s) desta cobertura rege-se pelas seguintes condições:

8. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no ato da contratação, com a indicação, no mínimo, do nome e grau de parentesco para identificação do(s) mesmo(s).

- a) A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à Seguradora, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento;
- b) Para fins de identificação do(s) beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- c) Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.
- d) Na falta das pessoas indicadas neste subitem, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- e) 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.
- f) Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

Nos demais casos:

- i. **O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Vida em Grupo que não foram revogadas por esta Condição Especial.

DESPESAS EMERGENCIAIS – MORTE POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, em consequência exclusiva de causa acidental, sem prejuízo do pagamento do capital segurado contratado para a cobertura de Morte acidental e observadas as demais condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Considera-se risco coberto exclusivamente a ocorrência de morte do segurado, decorrente de causa acidental, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro e na condição especial da cobertura de Morte Acidental.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Despesas Emergenciais, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1 Em caso de sinistro coberto por estas Condições Especiais, os documentos básicos a apresentar à Seguradora, de acordo com a natureza do evento, estão relacionados na condição especial da cobertura de morte acidental.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1 Em caso de morte do segurado principal, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, ou na ausência de indicação, aos previstos na ordem de sucessão legal, obedecidas as disposições do item “Beneficiários”, das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Geral.

DESPESAS EMERGENCIAIS - MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, seja natural ou acidental, sem prejuízo do pagamento do capital segurado contratado para a cobertura de morte e observadas as demais condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Considera-se risco coberto exclusivamente a ocorrência de morte do segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro e na condição especial da cobertura de Morte.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Despesas Emergenciais, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1 Em caso de sinistro coberto por estas Condições Especiais, os documentos básicos a apresentar à Seguradora, de acordo com a natureza do evento, estão relacionados na condição especial da cobertura de morte.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1 Em caso de morte do segurado principal, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, ou na ausência de indicação, aos previstos na ordem de sucessão legal obedecidas as disposições do item “Beneficiários”, das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.



DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES ODONTOLÓGICAS DECORRENTES - DMHO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, **decorrentes de acidente pessoal coberto, e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados a partir da data do acidente, até o limite do valor do capital contratado e observadas as demais disposições das condições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. O reembolso das despesas médico hospitalares e odontológicas será efetuado ao próprio segurado, de acordo com os valores gastos, exclusivamente para o seu tratamento, em decorrência de acidente pessoal coberto, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do segurado.

3.2. **Caberá ao segurado livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados nas especialidades das lesões/procedimentos.**

3.3. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que existam vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente:

- a) **Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**
- b) **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.;**
- d) **Despesas relacionadas a estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhante;**
- e) **Despesas com aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente.

5.2. O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. FRANQUIA

6.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o valor dedutível do cálculo do pagamento da indenização.

6.2. A franquia, se houver, será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será deduzida do pagamento da indenização.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente (DMHO), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- h) Resultado dos exames médicos realizados que caracterizem as lesões decorrente exclusivamente do trauma documentado (cópia simples);
- i) Atendimento médico hospitalar do atendimento ao segurado constando o diagnóstico e conduta médica (cópia simples);
- j) Comprovantes originais das despesas com honorários médicos, hospitais, clínicas e de aquisição de

medicamentos, devidamente acompanhados das receitas médicas (originais);

- k)** Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- l)** Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- m)** Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.
- n)** Se necessário documentos complementares serão solicitados

7.2. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.

7.3. Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observadas as despesas realizadas e o capital segurado contratado.

7.4. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvos e direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICA DECORRENTES DE ACIDENTE EM VIAGEM (DMHO EM VIAGEM)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto, e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados a partir da data do acidente, até o limite do valor do capital contratado e observadas as demais disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. O reembolso das despesas médico hospitalares e odontológicas será efetuado ao próprio segurado, de acordo com os valores gastos, exclusivamente para o seu tratamento, em decorrência de acidente pessoal coberto, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do segurado.

3.2. Caberá ao segurado livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados nas especialidades das lesões/procedimentos.

3.3. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que existam vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente:

a) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;

b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.;

d) Despesas relacionadas a estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhante;

e) Despesas com aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente.

5.2. O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. FRANQUIA

6.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o valor dedutível do cálculo do pagamento da indenização.

6.2. A franquia, se houver, será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será deduzida do pagamento da indenização.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente (DMHO), os documentos básicos necessários são:

- a)** Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b)** RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- c)** Comprovante de endereço atualizado(conta de telefone fixo, água, luz, etc...), nominal ao segurado sinistro (cópia simples);
- d)** Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- e)** Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- f)** CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g)** Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- h)** Resultado dos exames médicos realizados que caracterizem as lesões decorrente exclusivamente do trauma documentado (cópia simples);

- i) Atendimento médico hospitalar do atendimento ao segurado constando o diagnóstico e conduta médica (cópia simples);
- j) Comprovantes originais das despesas com honorários médicos, hospitais, clínicas e de aquisição de medicamentos, devidamente acompanhados das receitas médicas (originais);
- k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado I
- n) Se necessário, documentos complementares serão solicitados

7.2. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.

7.3. Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observadas as despesas realizadas e o capital segurado contratado.

7.4. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvos e direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado para esta cobertura, caso o segurado tenha inequívoco conhecimento do diagnóstico, durante a vigência da cobertura, de ser portador de algum tipo de câncer coberto pelo seguro, observadas as disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Além das definições previstas nas Condições Gerais do seguro, para a cobertura de diagnósticos de câncer temos:

Câncer ou carcinoma: É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Para efeito desta Condição Especial, consideram-se riscos cobertos o diagnóstico, exclusivamente, de carcinoma ou câncer, assim considerada a doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecido, durante a vigência do seguro.

3.2 O diagnóstico de câncer terá de atender, integralmente, os critérios estabelecidos na literatura mundial e aceitos pelas respectivas sociedades médico-científicas especializadas e pelo ministério da saúde do Brasil e ser devidamente comprovado através de exames e diagnosticados por médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

3.3 Para os efeitos desta garantia, o tumor deverá ter seu primeiro diagnóstico comprovado, em data posterior ao início de vigência da cobertura individual do segurado e findo o prazo de carência.

3.4 A neoplasia maligna deverá ser obrigatoriamente diagnosticada em vida.

3.5 Somente haverá garantia desta cobertura para a primeira neoplasia maligna diagnosticada, estando excluídas, em toda e qualquer hipótese, para efeito deste seguro e de suas renovações, se ocorrerem, a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de um câncer.

3.6 Em caso de especificação de cobertura para diagnósticos de câncer estipulando determinadas doenças, a descrição deverá constar no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer:

- a) Quaisquer doenças não previstas nesta cobertura e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nesta Condição Especial para caracterização da cobertura.**
- b) O câncer diagnosticado no período de carência.**
- c) O diagnóstico de Câncer de Pele, salvo para o diagnóstico de “melanoma maligno”.**
- d) Qualquer tipo de neoplasia benigna.**
- e) As displasias e lesões pré-cancerígenas.**
- f) Carcinoma “in situ” (incluindo displasia cervical) e neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas.**
- g) Lesões displásicas do colo uterino - NIC I, II e III.**
- h) Lesões displásicas de vulva - NIV I, II e III.**
- i) Lesões displásicas de vagina - NIVA I, II e III.**
- j) Lesões borderline e lesões de comportamento incerto.**
- k) Pólipos intestinais sem caracterização de neoplasia invasiva.**
- l) Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial.**
- m) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.**
- n) Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do *H. pylori*.**
- o) Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Diagnóstico de câncer, conforme as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença.

5.3 O pagamento do capital será feito em parcela única.

6. CARÊNCIA

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

7.1 Se contratada como antecipação da cobertura de morte, a cobertura de Diagnóstico de câncer não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, por esta cobertura, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7.2 O pagamento de qualquer Indenização decorrente do Diagnóstico de Câncer significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1 Para a cobertura de Diagnóstico de câncer, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, a data do seu primeiro diagnóstico, os exames e tratamentos realizados (original);
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a doença, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- f) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

8.2 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas a sua doença, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

8.3 Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que

habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de diagnóstico de câncer são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o diagnóstico da doença.

9.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

10. JUNTA MÉDICA

10.1 No 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, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

10.4 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de diárias ao segurado, por sua incapacidade temporária decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de diárias e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1 Glossário : Termos relacionados à cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária(DIT):

2.1.1 Carência: É o período de até 50% do período de vigência do seguro contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado não terá direito às coberturas deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

2.1.2 Franquia: É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

2.1.3 Franquia reduzida: Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07(sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

2.1.4 Limite de Diárias: É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado terá direito, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, dependendo do tipo de franquia contratada, limitada a 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, observados os dispostos destas condições especiais. **O montante de diárias contratadas será descrito nas Condições Contratuais.**

2.1.5 Atividade Profissional: É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

2.1.6 Auditoria Médica: É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

3. Riscos Cobertos

3.1 A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2 Dentro dos limites estabelecidos na apólice e no certificado individual de seguro, para cada dia em que o segurado estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clínico incapacitante, causado exclusivamente por doença ou acidente pessoal, ocorrido durante

a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, por um período ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias ou 07 (sete) dias em caso de franquia reduzida, 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 do período de franquia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:

- a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;**
- b) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;**
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;**
- d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;**
- e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;**
- f) Hospitalização para check-up;**
- g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;**
- h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;**

- i) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;**
- j) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;**
- k) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;**
- l) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;**
- m) Síndrome do pânico;**
- n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;**
- o) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;**
- p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;**
- q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;**
- r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;**
- s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;**
- t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;**
- u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- w) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;**
- x) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;**
- y) Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de**

acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

z) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

a.a) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

4.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4.3 Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Diárias de Incapacidade Temporária.

4.3.1 Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às diárias cobertas por este seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

5.2 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de dias contratada, multiplicada pelo valor da diária, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

5.3 O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.

5.4 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

6.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

7. FRANQUIA

7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

8. LIMITE DE DIÁRIAS

8.1 É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus a partir do término do período de franquia, conforme estabelecido no contrato, limitado ao período máximo de até 365 dias.

9. CARÊNCIA

9.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

9.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1 Para a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT), os documentos básicos necessários são:

- a)** Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b)** Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
- c)** RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- d)** Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- e)** Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- f)** Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- g)** CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- h)** Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);

- i) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
- j) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
- k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);

10.2 Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado. No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

10.3 Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

10.4 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

10.5 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez, considerando o valor da diária multiplicado pelo número de dias de afastamento, respeitando-se o limite de diárias e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

10.6 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

10.7 **No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.**

10.8 Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

10.9 A cessação do pagamento das diárias ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de diárias, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

10.10 **Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.**

10.11 **Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou**

não), terá direito somente à quantidade de diárias por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, correspondente à vigência anterior.

11.DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

11.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

11.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

12.JUNTA MÉDICA

12.1 No 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, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

13.DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 Enquanto o segurado estiver recebendo as diárias contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.

13.2 Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.

13.3 Não haverá acúmulo do pagamento das diárias por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

13.4 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

13.5 Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

13.6 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – DIH

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de um valor diário fixo por cada dia de hospitalização do segurado, por motivo de tratamento clínico ou cirúrgico que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, em uma instituição hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de acidente pessoal coberto, até o limite do valor do capital contratado e observadas as demais disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- a) Considera-se o início da internação quando da comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente.
- b) A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições contratuais.
- c) Para fins desta cobertura entende-se:
- d) Diária de Internação Hospitalar: é o valor escolhido pelo Estipulante, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.
- e) Internação Hospitalar: é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH):

- a) **Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal - check-up e investigação diagnóstica;**

- b) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas a ela;**
- c) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- d) Cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;**
- e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;**
- f) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**
- g) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;**
- h) Internação hospitalar por motivo de convalescença;**
- i) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;**
- j) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
- k) Tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;**
- l) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;**
- m) Quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;**
- n) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina.**

5. CAPITAL SEGURADO

- a) O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Diária de Internação Hospitalar.
- b) O capital segurado e a quantidade de diárias desta cobertura são fixas e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- c) Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

A cobertura de diária de internação hospitalar abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em território nacional.

7. FRANQUIA

- a. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.
- b. A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data da internação hospitalar.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo

emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);

- e) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Prontuário Médico comprovando a internação hospitalar (cópia simples);
- h) Resultado dos exames médicos realizados (cópia simples);
- i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado

4.2 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade da internação hospitalar, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.

4.3 Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observado o capital segurado contratado.

4.4 **Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a internação hospitalar durante um mesmo período.**

4.5 **Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de diárias contratadas, conforme previsto nas Condições Contratuais.**

4.6 A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

4.7 **Em caso de morte do segurado, bem como quaisquer uma das ocorrências descritas no item 17. Cessação da Cobertura Individual das Condições Gerais do seguro, cessará o direito ao pagamento da diária, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu hospitalizado, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – DIH-UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de um valor diário fixo por cada dia de hospitalização em unidade de terapia intensiva (UTI) do segurado, por motivo de tratamento clínico ou cirúrgico que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, em uma instituição hospitalar, desde que a hospitalização seja **decorrente de acidente pessoal coberto, até o limite do valor do capital contratado e observadas as demais disposições das condições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Considera-se o início da internação quando da comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, ambas da unidade de terapia intensiva (UTI).

3.2 A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições contratuais.

3.3 Para fins desta cobertura entende-se:

3.3.1 Diária de Internação Hospitalar em UTI: é o valor escolhido pelo Estipulante, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

3.3.2 Internação Hospitalar em UTI: é a internação em hospital em unidade de terapia intensiva com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva por acidente (DIH - UTI):

a) Hospitalizações em qualquer outro tipo de acomodação diferente de unidade de terapia intensiva (UTI);

b) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal - check-up e investigação diagnóstica;

- c) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas a ela;**
- d) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- e) Cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;**
- f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;**
- g) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**
- h) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;**
- i) Internação hospitalar por motivo de convalescença;**
- j) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;**
- k) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
- l) Tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;**
- m) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;**
- n) Quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;**
- o) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Diária de Internação Hospitalar.

5.2 O capital segurado e a quantidade de diárias desta cobertura são fixas e definidos de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

6.1 A cobertura de diária de internação hospitalar abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em território nacional.

7. FRANQUIA

7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 05 (cinco) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data da internação hospitalar de unidade de terapia intensiva (UTI).

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1 Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva por Acidente (DIH-UTI), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Prontuário Médico comprovando a internação hospitalar em unidade de terapia intensiva(UTI) (cópia simples);
- h) Resultado dos exames médicos realizados (cópia simples);
- i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado. sta).
- l) Se necessário, documentos complementares serão solicitados.

8.2 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da

necessidade da internação hospitalar em unidade de terapia intensiva, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.

8.3 Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observadas as despesas realizadas e o capital segurado contratado.

8.4 Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a incapacidade temporária durante um mesmo período.

8.5 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de diárias contratadas, conforme previsto nas Condições Contratuais.

8.6 A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvos e direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

8.7 Em caso de morte do segurado, bem como quaisquer uma das ocorrências descritas no item

8.8 Cessaçã da Cobertura Individual das condições gerais do seguro, cessará o direito ao pagamento da diária, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu hospitalizado, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DCF)

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado contratado em razão de nascimento de filho do segurado principal que seja portador de doença congênita, observadas as disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Para efeito destas Condições Especiais, caracterizam-se como doenças congênitas as seguintes malformações ou anomalias macroscópicas, observadas ao nascimento e que necessitem de acompanhamento médico com realização de tratamentos especializados:

- a) Malformação do sistema nervoso, central e periférico;
- b) Malformação do coração (exceto comunicação intra-atrial isolada) e de grandes vasos;
- c) Malformação da traqueia e dos pulmões;
- d) Malformação dos rins;
- e) Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- f) Malformação dos membros superiores e inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
- g) Malformação dos órgãos dos sentidos; e
- h) Anomalias cromossomiais (Síndrome de Down e Síndrome de Turner).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Doença Congênita de Filho quaisquer doenças não previstas nesta cobertura e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nesta Condição Especial para caracterização da cobertura.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora ao segurado, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Doença Congênita de Filho, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do nascimento do filho portador da doença congênita.

5.3. O pagamento do capital será feito em parcela única.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Para a cobertura de Doença Congênita de Filhos (DCF), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- d) Carteira de trabalho (CPTS) do segurado principal (cópia simples);
- e) Certidão de Nascimento do filho do segurado, portador da doença congênita (cópia simples);
- f) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença congênita, sua evolução e os tratamentos realizados (original);
- g) Todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico (cópia simples);
- h) Declaração médica atestando que o filho não poderá exercer atividades profissionais em condições de igualdade com pessoas hígdas (saudáveis), em decorrência da doença congênita deque é portador (original);
- i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

6.2. O pagamento da indenização em decorrência da contratação desta cobertura será efetuado se a data de nascimento do filho ocorrer no período em que esta cobertura esteja em vigor.

6.3. A seguradora reserva-se o direito de solicitar exames laboratoriais e especializados ou outros documentos necessários, bem como requerer perícia médica, para comprovação da doença que

caracterize a cobertura.

6.4. Reconhecida a doença congênita pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

7. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

7.1. As despesas efetuadas com a comprovação da doença congênita de filho são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a cobertura.

7.2. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

8. JUNTA MÉDICA

8.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de malformações ou anomalias, bem como a avaliação da doença congênita relacionada ao filho do segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – (DG) / ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (AED)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do capital segurado para esta cobertura, caso o segurado seja diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como portador de quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças cobertas, observadas as disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Para efeito desta **Condição Especial**, consideram-se **riscos cobertos, exclusivamente, as seguintes patologias, nas condições a seguir especificadas:**

3.1.1 Deficiência visual, decorrente de doença:

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

3.1.2 Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas:

- a)** Entende-se por coma o estado de inconsciência, sem resposta a estímulos externos, persistindo continuamente, com as medidas de suporte de vida, por um período de pelo menos 96h (noventa e seis horas) e resultando em déficits neurológicos permanentes.

3.1.3 Doenças Terminais:

- a)** Entende-se por Doenças Terminais aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma das medidas terapêuticas conhecidas e aplicadas, sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevivência, cuja consequência esperada é o óbito.

3.1.4 Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro:

a) Entende-se por alienação mental: o distúrbio mental ou neuromental grave e persistente, que, esgotados os meios habituais de tratamento, acarrete alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para o exercício de qualquer atividade laborativa, bem como estar na condição de curatelado(a) em caráter definitivo.

3.1.5 Insuficiência cardíaca refratária ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas:

a) Entende-se por Insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivo restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgãos alvo, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada por exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

3.1.6 Doenças Crônicas:

a) Entende-se por doenças crônicas: as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, em caráter progressivo, bem como manifestações clínicas avançadas, acometendo órgãos-alvo (consumptivas), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico.

3.1.7 Perda de existência independente do segurado:

3.1.7.1 Entende-se por perda de existência independente do Segurado, aquela que, por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:

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

3.2 A constatação da Antecipação Especial por Doença, conforme definida no subitem 1.1 se fará por declaração médica, subscrita por profissional devidamente habilitado na especialização da doença, e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

3.3 A concessão desta cobertura não está vinculada a aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Antecipação Especial por Doença quaisquer doenças não previstas nesta cobertura e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nesta Condição Especial para caracterização da cobertura.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Antecipação Especial por Doença (AED), conforme as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença.

5.3 O pagamento do capital será feito em parcela única.

6. CARÊNCIA

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

7.1 **A Cobertura de Antecipação Especial por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, por esta cobertura, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1 Para a cobertura de Antecipação Especial por Doença (AED), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);

- f) Termo de curatela (cópia simples).
- g) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- h) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- i) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

- a) nome completo;
- b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
- c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
- d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
- g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
- c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
- d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro,

código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

h) Se necessário documentos complementares serão solicitados

8.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

8.3 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

8.4 A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de antecipação especial por doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

9.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

10. JUNTA MÉDICA

10.1 No 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, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

11.DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

EDUCACIONAL

1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra o plano de Vida em Grupo podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas as mesmas definições do item 2. DEFINIÇÕES dessa Condição Geral.

3. GARANTIA

3.1. A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s)-educando(s), ainda que representado(s) ou assistido(s), na forma da lei, em razão da ocorrência, com o(s) Segurado(s) indicado(s) no certificado de seguro, dos eventos cobertos conforme definidos no subitem 3.3. abaixo, visando auxiliar o custeio das despesas com educação, incluindo mensalidades e, opcionalmente ou adicionalmente, outras despesas escolares, facultando-se, ainda, o estabelecimento de um valor a ser pago ao final do 2º ou 3º grau como apoio e incentivo à iniciação profissional.

3.2. Quando da contratação de cobertura Educacional, a previsão do pagamento do capital segurado de forma única está restrita:

- a) Ao último ano letivo do período contratado;
- b) À ocorrência de invalidez total do educando-segurado;
- c) À concessão de um dote ao final do período de formação; ou
- d) Às despesas escolares do ano de referência.

3.3. Os eventos cobertos a que se refere o subitem 3.1 acima, limitam-se às coberturas abaixo desde que contratadas e especificadas no certificado de seguro:

- a) Morte do Responsável;
- b) Invalidez Permanente Total por Acidente do Responsável;
- c) Desemprego do Responsável.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes no item 4. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado é a importância máxima estabelecida para cada garantia, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.

5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento, a data do óbito do responsável pelo educando.

- a) Morte: a data da morte do Responsável pelo educando que deu origem ao sinistro;
- b) Morte Acidental: a data do acidente do Responsável pelo educando que deu origem ao sinistro;
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente: A data do acidente do Responsável pelo educando que deu origem ao sinistro;
- d) Desemprego: a data da dispensa sem justa causa do Responsável pelo educando que deu origem ao sinistro;

5.3. Comprovação mensal da perda de renda: A prova do desemprego é a cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo com CNPJ da empresa empregadora com assinatura e data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. Para cada cobertura citada no subitem 3.3 acima, deverão ser respeitadas as franquias /carências conforme suas respectivas Condições Especiais.

7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

7.1. Além dos documentos mencionados para as coberturas de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Desemprego, conforme o caso, deverão ser enviados à Seguradora, os documentos listados abaixo:

- a) Aviso de Sinistro;
- b) Documento de identificação do segurado/beneficiário;
- c) Declaração do Estabelecimento de ensino contendo o valor da mensalidade, contrato da matrícula e a documentação prevista nas alíneas, subitem 5.2. (garantia de Morte e Morte Acidental), correspondentes aos eventos cobertos vinculados.

8. BENEFICIÁRIO

8.1. O beneficiário deste seguro será sempre o educando, ainda que representado ou assistido, na forma da lei.

8.2. Em sendo o beneficiário menor de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais que não foram revogadas por esta Condição Especial.

FILHOS PÓSTUMOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao responsável legal pelo bebê nascido com vida, o pagamento de uma indenização, em caso de morte do titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o **período gestacional**.
- 1.2. Quando o titular for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do titular.
- 1.3. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite contratado para esta cobertura.
- 1.4. **A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Nascimento com vida:** Quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.
- 2.2. **Natimorto:** É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o trabalho de parto.
- 2.3. **Responsáveis Legais:** Mãe/Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.
- 2.4. **Período Gestacional:** período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos apresentados nas coberturas e Morte e Morte Acidental, estão também excluídos desta cobertura**
 - a) **Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;**
 - b) **Natimorto;**
 - c) **Adoção.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data da ocorrência do óbito do titular, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

4.3. Caracterizado o sinistro, o pagamento do capital segurado será feito em parcela única.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., além dos documentos para a cobertura de Morte ou Morte Acidental, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” devidamente preenchido e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e Comprovante de residência do Pai/Mãe ou responsável legal;
- Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
- Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho.
- Se necessário documentos complementares serão solicitados

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. GARANTIA

1.1. Esta garantia tem por objetivo garantir ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura de Morte, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença que cause a perda da existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 2.1 - Riscos Cobertos, exceto se decorrente do item 3 - Riscos Excluídos, ambos pertencentes a esta cláusula, observadas ainda as disposições do item 12 - Cancelamento do Seguro, constantes das Condições Gerais.

2. COBERTURA

2.1. 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 19 - Liquidação de Sinistro das Condições Gerais.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Consideram-se como Riscos Cobertos as ocorrências comprovadas, 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:

- Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - 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;
 - 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;
 - Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de Doença;
 - Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares, que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - Deficiências visuais, decorrentes de Doença:
- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou

- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
 - Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (Doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
 - 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 Demais Riscos Cobertos

Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, descrito no item 8 (oito) desta cláusula adicional, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos:

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

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

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

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

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

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

11.1.1 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos mencionados no item 4 “Riscos Excluídos”, constantes das Condições Gerais consideram-se também como excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas 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 indireta, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;
- b) a invalidez laborativa permanente total por Doença, assim entendida aquela para a qual não se pode

esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;

c) os quadros clínicos decorrentes de Doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);

d) as Doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo progressivo;

e) as Doenças agravadas por traumatismos;

f) as Doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;

g) os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;

h) toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item dos Riscos cobertos.

11.1.2 DATA DO SINISTRO

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

4.1 - Não reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

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

A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

4.2 – Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de invalidez funcional permanente e total por Doença, a seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica.

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

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

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.

4.3 – Despesas de Comprovação

As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de

responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado poderá ser realizado sob a forma de pagamento único.

CANCELAMENTO DO SEGURO

Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura de Morte, seu pagamento integral extingue, imediata e automaticamente a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro. Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Contrato, sem qualquer devolução de Prêmios.

6.1 Esta cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 16 – Cancelamento do Seguro, das Condições Gerais da Apólice.

11.1.5 INICIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

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

- Simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cláusula Adicional, exceto para o Segurado que esteja em gozo do benefício concedido pela mesma;
- A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- Com o pagamento do Capital Segurado na forma prevista no item 5 desta cláusula.

11.1.6 DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se à garantia concedida por esta cláusula adicional, todas as disposições contidas nas Condições Gerais da Apólice não modificadas pela presente.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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 intelectual e ou de cognição. | 10 |
| | 3º grau: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental. | 20 |
| Condições clínicas e estruturais do segurado | 1º grau: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais. | 00 |
| | 2º grau: O segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição. | 10 |
| | 3º 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 | 1º 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 |
| | 2º grau: O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres). | 10 |

| | | |
|--|--|-----------|
| | 3º grau: O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias. | 20 |
|--|--|-----------|

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

| Dados antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos | Pontuação |
|--|-----------|
| A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há imc – índice de massa corporal superior a 40. | 02 |
| Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso. | 02 |
| Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica. | 04 |
| Existem mais de 2 fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade. | 04 |
| Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica. | 08 |

Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença

- 1) **Agravo Mórbido** – Piora de uma Doença.
- 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.**
- 3) **Aparelho Locomotor** – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 4) **Atividade Laborativa** – Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 5) **Auxílio** - A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 6) **Ato Médico** – Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 7) **Cardiopatia Grave** – Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 8) **Cognição** – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 9) **Conectividade com a Vida** – Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 10) **Consumpção** – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por Doença.
- 11) **Dados Antropométricos** – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 12) **Deambular** – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 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.
- 14) **Deficiência Visual** – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 15) **Disfunção Imunológica** – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes

estranhos causadores de Doença.

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

17) Doença Crônica em Atividade – Doença crônica que se mantém ativa, apesar do tratamento.

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

19) Doença do Trabalho - Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

20) 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.

21) 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.

22) Doença Profissional – Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

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

24) Etiologia - Causa de cada Doença.

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

26) Hígido – Saudável.

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

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

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

30) Recidiva – Reaparecimento de uma Doença algum tempo depois de um acometimento.

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

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

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

34) Sequela – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma Doença.

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

INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ILPD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização ao segurado, em caso de sua invalidez laborativa permanente por doença, consequente de doença coberta que cause sua perda de sua existência independente, diagnosticada durante o período de vigência deste Seguro.

Para fins desta cobertura, considera-se “perda da existência independente” a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

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

São consideradas doenças cobertas **única e exclusivamente as seguintes**:

- 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 plano de tratamento direcionados à cura e ou controle clínico;
- c. Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;
- e. Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g. Deficiência visual, decorrente de uma das seguintes doenças:
 - 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 o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° ou,
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das doenças listadas acima;
- 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.

Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como doenças cobertas desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF (conforme modelo abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

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

Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

| Atributos | Escala | 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 pensamento, memória e juízo de valor. | 00 |
| | 2º Grau O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição. | 10 |
| | 3º Grau O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental. | 20 |
| Condições Clínicas e Estruturais do Segurado | 1º Grau O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais. | 00 |
| | 2º Grau O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médio constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição. | 10 |

| | | |
|--------------------------------------|---|----|
| | 3º Grau O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, se encontra em estágio que demanda suporte médico mantido (controlado), que acarreta restrição ampla a esforços físicos e que compromete a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico. | 20 |
| Conectividade do Segurado com a vida | 1º Grau O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar os dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos. | 00 |
| | 2º Grau O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter as necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres) | 10 |
| | 3º Grau O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias | 20 |

Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade

| Dados Antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos | Pontuação |
|---|-----------|
| A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC (Índice de Massa Corporal) superior a 40 | 02 |
| Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso | 02 |
| Existem mais de 2 fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade | 04 |
| Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica | 04 |
| Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica | 08 |

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

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

Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e

de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valora cada uma das situações ali previstas.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a invalidez funcional permanente por doença do segurado resultar de:

- 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; e
- c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

3. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura somente será válida para diagnóstico de Invalidez Laborativa Permanente por Doença realizado em território brasileiro.

4. CARÊNCIA

Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido na apólice.

O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para essa cobertura.

6. INDENIZAÇÃO

O valor da indenização será equivalente ao capital segurado vigente na data do diagnóstico da doença que ocasionou a invalidez laborativa permanente por doença.

A invalidez deverá ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à seguradora.

7. DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

- a. autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b. aviso de sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- c. cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- d. 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 autonômicas do Segurado; e
- e. documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.

Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.

8. INFORMAÇÕES GERAIS

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza por si só a invalidez laborativa permanente por doença do Segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

Não restando comprovada a invalidez laborativa permanente por doença, o seguro continuará em vigor, sem qualquer devolução do prêmio.

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

Quando for devida a indenização por esta cobertura, o Seguro será imediatamente cancelado, não havendo direito ao pagamento de indenização por morte (caso contratada a cobertura), mesmo que o segurado venha a falecer após a sua invalidez laborativa.

Nesta hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela que integra esta condição, relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, durante a vigência da cobertura, limitado ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

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

2.1.2 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) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas,

desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo

– LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.

3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demonstrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.

3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

3.4 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

| Invalidez Permanente | Discriminação | % sobre Capital Segurado |
|---|---|--------------------------|
| Total | Perda total da visão de ambos os olhos | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros superiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros inferiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambas as mãos | 100 |
| | Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior | 100 |
| | Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os pés | 100 |
| | Alienação mental total e incurável | 100 |
| Parcial diversos | Perda total da visão de um olho | 30 |
| | Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista | 70 |
| | Surdez total incurável de ambos os ouvidos | 40 |
| | Surdez total incurável de um dos ouvidos | 20 |
| | Mudez incurável | 50 |
| | Fratura não consolidada no maxilar inferior | 20 |
| | Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 20 |
| | Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral | 25 |
| Membros superiores | Perda total de uso de um dos membros superiores | 70 |
| | Perda total de uso de uma das mãos | 60 |
| | Fratura não consolidada de um dos úmeros | 50 |
| | Fratura não consolidada de um dos segmentos radioulnais | 30 |
| | Anquilose total de um dos ombros | 25 |
| <p>Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.</p> | | |
| Diversos | MANDÍBULA | |
| | Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos: | |
| | - Em grau mínimo | 10 |
| | - Em grau médio | 15 |
| | - Em grau máximo | 20 |
| | NARIZ | |
| | Amputação total do nariz com perda total do olfato | 25 |
| | Perda total do olfato | 07 |
| | Perda do olfato com alterações gustativas | 10 |
| | APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO | |
| | Diplopia | 15 |
| | Lesões das vias lacrimais: | |
| | - Unilateral | 07 |
| | - Unilateral com fístulas | 15 |
| | - Bilateral | 14 |
| | - Bilateral com fístulas | 25 |
| | Lesões da pálpebra: | |
| | - Ectrópio unilateral | 03 |
| | - Ectrópio bilateral | 06 |
| | - Entrópio unilateral | 07 |
| - Entrópio bilateral | 14 | |

| | | | |
|--|--|----|--|
| Diversos | - Má oclusão palpebral unilateral | 03 | |
| | - Má oclusão palpebral bilateral | 06 | |
| | - Ptose palpebral unilateral | 05 | |
| | - Ptose palpebral bilateral | 10 | |
| | APARELHO DA FONACÃO | | |
| | Perda da palavra (mudez incurável) | 50 | |
| | Perda de substância (palato mole e duro) | 15 | |
| | Amputação total da língua | 50 | |
| | Parcial (menos de 50%) | 15 | |
| | Parcial (mais de 50%) | 30 | |
| | SISTEMA AUDITIVO | | |
| | Amputação total de uma orelha | 08 | |
| | Amputação total das duas orelhas | 16 | |
| | PERDA DO BAÇO | 15 | |
| | APARELHO URINÁRIO | | |
| | Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias) | 15 | |
| | Cistostomia (definitiva) | 30 | |
| | Incontinência urinária permanente | 30 | |
| | PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE | | |
| | Com função renal preservada | 30 | |
| | Redução da função renal (não dialítica) | 50 | |
| | Redução da função renal (dialítica) | 75 | |
| | Perda de rim único | 75 | |
| | APARELHO GENITAL E REPRODUTOR | | |
| | Perda de um testículo | 10 | |
| | Perda de dois testículos | 20 | |
| | Amputação traumática do pênis | 50 | |
| | Perda de um ovário | 10 | |
| | Perda de dois ovários | 20 | |
| | Perda do útero antes da menopausa | 40 | |
| | Perda do útero depois da menopausa | 10 | |
| | PESCOÇO | | |
| | Estenose da faringe com obstáculo a deglutição | 15 | |
| | Lesão do esôfago com transtornos da função motora | 15 | |
| | Traqueostomia definitiva | 40 | |
| | Paralisia de uma corda vocal | 10 | |
| | Paralisia de duas cordas vocais | 30 | |
| | TÓRAX | | |
| | APARELHO RESPIRATÓRIO | | |
| | Sequelas pós-traumáticas pleurais | 10 | |
| Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total): | | | |
| - Com função respiratória preservada | 15 | | |
| - Com redução em grau mínimo da função respiratória | 25 | | |
| - Com redução em grau médio da função respiratória | 50 | | |

| | | |
|-----------------|--|----|
| | - Com insuficiência respiratória | 75 |
| | - Com função respiratória preservada | 15 |
| | MAMAS (FEMININAS) | |
| | Mastectomia unilateral | 10 |
| | Mastectomia bilateral | 20 |
| | ABDÔMEN (ORGÃO E VÍCERAS) | |
| | Gastrectomia subtotal | 20 |
| | Gastrectomia total | 40 |
| | INTESTINO DELGADO | |
| Diversos | Ressecção parcial | 20 |
| | Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva | 40 |
| | INTESTINO GROSSO | |
| | Colectomia parcial | 20 |
| | Colectomia total ou definitiva | 40 |
| | RETO E ÂNUS | |
| | Incontinência fecal sem prolapso | 30 |
| | Incontinência fecal com prolapso | 50 |
| | Retenção anal | 10 |
| | FÍGADO | |
| | Lobectomia hepática sem alteração funcional | 10 |
| | Lobectomia com insuficiência hepática | 50 |
| | Extirpação da vesícula biliar | 07 |
| | SÍNDROMES NEUROLÓGICAS | |
| | Epilepsia pós-traumática | 20 |
| | Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia) | 20 |
| | Síndrome pós-concussional | 05 |

3.6 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista nesta cobertura para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.7 Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

3.8 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.

3.9 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.

3.10 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.

3.11 A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo segurado na

contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau de preexistência.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):

- a) **Perda de dentes e danos estéticos;**
- b) **Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**
- c) **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- d) **Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite etc.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, observados as demais disposições destas Condições Especiais.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 No caso de invalidez permanente parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

5.4 Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado da(s) cobertura(s) por morte.

5.5 Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1 Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e Total por acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao

segurado sinistrado (cópia simples);

- d)** Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- e)** Laudo da Perícia do INSS
- f)** Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- g)** CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- h)** Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- i)** Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
- j)** Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- k)** Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- l)** Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.
- m)** Se necessário, documentos complementares serão solicitados.

8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

8.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

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 seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO DE MEMBROS (IPAM)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao segurado, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela que integra esta condição, proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

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

2.1.2 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) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou**

Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na**

caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.

3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demonstrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.

3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

3.4 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**

3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

| Invalidez Permanente | Discriminação | % sobre Capital Segurado |
|---|---|--------------------------|
| Total | Perda total da visão de ambos os olhos | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros superiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros inferiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambas as mãos | 100 |
| | Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior | 100 |
| | Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os pés | 100 |
| | Alienação mental total e incurável | 100 |
| Parcial diversos | Perda total da visão de um olho | 30 |
| | Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista | 70 |
| | Surdez total incurável de ambos os ouvidos | 40 |
| | Surdez total incurável de um dos ouvidos | 20 |
| | Mudez incurável | 50 |
| | Fratura não consolidada no maxilar inferior | 20 |
| | Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 20 |
| | Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral | 25 |
| Membros superiores | Perda total de uso de um dos membros superiores | 70 |
| | Perda total de uso de uma das mãos | 60 |
| | Fratura não consolidada de um dos úmeros | 50 |
| | Fratura não consolidada de um dos segmentos radioulnais | 30 |
| | Anquilose total de um dos ombros | 25 |
| <p>Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.</p> | | |
| Diversos | MANDÍBULA | |
| | Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos: | |
| | - Em grau mínimo | 10 |
| | - Em grau médio | 15 |
| | - Em grau máximo | 20 |
| | NARIZ | |
| | Amputação total do nariz com perda total do olfato | 25 |
| | Perda total do olfato | 07 |
| | Perda do olfato com alterações gustativas | 10 |
| | APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO | |
| | Diplopia | 15 |
| | Lesões das vias lacrimais: | |
| | - Unilateral | 07 |
| | - Unilateral com fístulas | 15 |
| | - Bilateral | 14 |
| | - Bilateral com fístulas | 25 |
| | Lesões da pálpebra: | |
| | - Ectrópio unilateral | 03 |
| | - Ectrópio bilateral | 06 |
| | - Entrópio unilateral | 07 |
| - Entrópio bilateral | 14 | |

| | | | |
|---|--|----|--|
| Diversos | - Má oclusão palpebral unilateral | 03 | |
| | - Má oclusão palpebral bilateral | 06 | |
| | - Ptose palpebral unilateral | 05 | |
| | - Ptose palpebral bilateral | 10 | |
| | APARELHO DA FONAÇÃO | | |
| | Perda da palavra (mudez incurável) | 50 | |
| | Perda de substância (palato mole e duro) | 15 | |
| | Amputação total da língua | 50 | |
| | Parcial (menos de 50%) | 15 | |
| | Parcial (mais de 50%) | 30 | |
| | SISTEMA AUDITIVO | | |
| | Amputação total de uma orelha | 08 | |
| | Amputação total das duas orelhas | 16 | |
| | PERDA DO BAÇO | 15 | |
| | APARELHO URINÁRIO | | |
| | Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias) | 15 | |
| | Cistostomia (definitiva) | 30 | |
| | Incontinência urinária permanente | 30 | |
| | PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE | | |
| | Com função renal preservada | 30 | |
| | Redução da função renal (não dialítica) | 50 | |
| | Redução da função renal (dialítica) | 75 | |
| | Perda de rim único | 75 | |
| | APARELHO GENITAL E REPRODUTOR | | |
| | Perda de um testículo | 10 | |
| | Perda de dois testículos | 20 | |
| | Amputação traumática do pênis | 50 | |
| | Perda de um ovário | 10 | |
| | Perda de dois ovários | 20 | |
| | Perda do útero antes da menopausa | 40 | |
| | Perda do útero depois da menopausa | 10 | |
| | PESCOÇO | | |
| | Estenose da faringe com obstáculo a deglutição | 15 | |
| | Lesão do esôfago com transtornos da função motora | 15 | |
| | Traqueostomia definitiva | 40 | |
| | Paralisia de uma corda vocal | 10 | |
| | Paralisia de duas cordas vocais | 30 | |
| | TÓRAX | | |
| | APARELHO RESPIRATÓRIO | | |
| | Sequelas pós-traumáticas pleurais | 10 | |
| Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – | | | |

| | | |
|-----------------|--|----|
| | parcial ou total): | |
| | - Com função respiratória preservada | 15 |
| | - Com redução em grau mínimo da função respiratória | 25 |
| | - Com redução em grau médio da função respiratória | 50 |
| | - Com insuficiência respiratória | 75 |
| | - Com função respiratória preservada | 15 |
| | MAMAS (FEMININAS) | |
| | Mastectomia unilateral | 10 |
| | Mastectomia bilateral | 20 |
| | ABDÔMEN (ORGÃO E VÍCERAS) | |
| | Gastrectomia subtotal | 20 |
| | Gastrectomia total | 40 |
| | INTESTINO DELGADO | |
| Diversos | Ressecção parcial | 20 |
| | Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva | 40 |
| | INTESTINO GROSSO | |
| | Colectomia parcial | 20 |
| | Colectomia total ou definitiva | 40 |
| | RETO E ÂNUS | |
| | Incontinência fecal sem prolapso | 30 |
| | Incontinência fecal com prolapso | 50 |
| | Retenção anal | 10 |
| | FÍGADO | |
| | Lobectomia hepática sem alteração funcional | 10 |
| | Lobectomia com insuficiência hepática | 50 |
| | Extirpação da vesícula biliar | 07 |
| | SÍNDROMES NEUROLÓGICAS | |
| | Epilepsia pós-traumática | 20 |
| | Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia) | 20 |
| | Síndrome pós-concussional | 05 |

3.6 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista nesta cobertura para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.7 Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

3.8 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.

3.9 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.

3.10 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.

3.11 A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau de preexistência.

3.12 Majoração de Membros

3.12.1 Consiste na possibilidade de o segurado majorar os percentuais de indenização parcial para 100% (cem por cento), conforme indicado nas condições contratuais do seguro.

3.12.2 São membros passíveis de majoração:

- a) Perda total da visão de um olho de 30% (trinta por cento) majorado para 100% (cem por cento);
- b) Perda total do uso de um dos indicadores de 15% (quinze por cento) majorado para 100% (cem por cento);
- c) Perda total de um dos polegares, inclusive o metacarpiano de 25% (vinte e cinco por cento) para 100% (cem por cento);
- d) Perda total de um dos polegares, exclusive o metacarpiano de 18% (dezoito por cento) para 100% (cem por cento);
- e) Anquilose total de um dos cotovelos de 25% (vinte e cinco por cento) majorado para 100% (cem por cento).

3.12.3 A indicação dos órgãos/membros na proposta de contratação será submetida às regras de análise

e aceitação do risco.

3.12.4 Em caso de lesão nos órgãos/membros majorados, decorrente de acidente, que ocasione invalidez permanente parcial, o segurado receberá 100% (cem por cento) da indenização contratada para a cobertura de invalidez permanente por acidente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM):

- a) Perda de dentes e danos estéticos;
- b) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- d) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, observados as demais disposições destas Condições Especiais.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 No caso de invalidez permanente parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

5.4 Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado da(s) cobertura(s) por morte.

5.5 Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1 Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e Total por acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- e) Laudo da Perícia do INSS
- f) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- g) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- h) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- i) Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
- j) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- l) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo: endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP).

8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

8.2As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

9. JUNTA MÉDICA

9.1No 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, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

9.2Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

9.3O 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 todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao segurado, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela que integra esta condição, caso haja a perda ou impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

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

2.1.2 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) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro

traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre

integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente total quando da alta médica definitiva do segurado.

3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demonstrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.

3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

3.4 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente total por acidente:

| Invalidez Permanente | Discriminação | % sobre Capital Segurado |
|----------------------|---|--------------------------|
| Total | Perda total da visão de ambos os olhos | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros superiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros inferiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambas as mãos | 100 |
| | Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior | 100 |
| | Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os pés | 100 |
| | Alienação mental total e incurável | 100 |
| | Nefro | 100 |

3.6 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, não havendo acúmulo.

3.7 A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não

dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau de preexistência.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):

- a) Perda de dentes e danos estéticos;
- b) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- d) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, observados as demais disposições destas Condições Especiais.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente **total** por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1 Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e **Total** por acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1 Para a cobertura de Invalidez Permanente **Total** por Acidente (IPTA), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);

- g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- h) Resultado de todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
- i) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado (original);
- j) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- l) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

8.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

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 seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial

MORTE ACIDENTAL - MA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, em consequência exclusiva de acidente pessoal devidamente coberto, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

2.1.1 Acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, do segurado observando-se que:

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes que resultem a morte do segurado, 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 que resultem a morte do segurado, decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes que resultem a morte do segurado, decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes que resultem a morte do segurado, decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.3 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 micro traumas 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 2.1.1.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Considera-se risco coberto a ocorrência de morte acidental do segurado, exclusivamente, causada por acidente pessoal coberto pelo seguro, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de indenização por morte acidental, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1 Após o pagamento de indenização por morte acidental, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1 Para a cobertura de morte acidental, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia autenticada);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);

- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- e) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor (cópia simples);
- f) Termo de Rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado (cópia simples);
- g) Declaração de únicos herdeiros (original);
- h) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- i) Boletim de Ocorrência Policial (cópia simples);
- j) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) (cópia simples);
- k) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- l) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado (cópia simples);
- m) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir) (cópia simples);
- n) Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver) (cópia simples);
- o) Laudo de Perícia Técnica (se houver) (cópia simples);
- p) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- q) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

- a) nome completo;
- b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todoo território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidore data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
- c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
- d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em

caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

- g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
- c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
- d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
- e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
- f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

7.2 Para todos os beneficiários do segurado na cobertura de morte acidental, os documentos básicos necessários são:

- a) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
- b) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc..) nominal a cada beneficiário ou representante (s) legal (is) (cópia simples);
- c) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);

d) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples).

7.2.1 Se o beneficiário for cônjuge do segurado, o documento básico adicional é a cópia simples da certidão de casamento do segurado, atualizada com as averbações.

7.2.2 Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado (cópia simples).

7.2.3 Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Certidão de Nascimento (cópia simples);

b) Rg ou outro documento de identidade e do CPF de cada filho (cópia simples).

7.2.4 Para todos os itens descritos acima, durante a liquidação de sinistro se necessário, documentos complementares serão solicitados.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1 Em caso de morte do segurado principal, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, obedecidas as disposições do item “Beneficiários”, das Condições Gerais ou, na falta destes, pela ordem de sucessão civil.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

NASCIMENTO PREMATURO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado ao próprio segurado em caso de nascimento de filho(s) prematuro(s) durante a vigência da apólice.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Prematuros: recém-nascido vivo, com menos de 37 semanas completas de gestação.

2.2 Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante parto. Não é considerado natimorto o feto que falece logo após o nascimento com vida.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Considera-se como risco coberto, o nascimento de filho(s) prematuro(s), desde que respeitadas as condições contratuais.

3.2 Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida pelo número de filhos nascidos vivos.

3.3 Caso os pais (pai e mãe) trabalhem na mesma empresa, os capitais não se acumulam.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:

- a) Natimortos
- b) Nascimentos ocorridos anteriores a vigência da apólice ou do segurado titular
- c) Recém-nascido vivo, a partir ou com mais de 37 semanas completas de gestação

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do nascimento do bebê.

5.3 Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela, em favor do próprio segurado.

6. CARÊNCIA

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1 Para esta cobertura, os documentos básicos necessários são:

- a)** Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b)** RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c)** Certidão de nascimento;
- d)** Cartão de nascimento em nome do recém-nascido feito pelo neonatologista na maternidade/hospital. Neste documento deverá conter: nome, data de nascimento, peso, capurro e idade gestacional (documento entregue no momento da alta hospitalar).
- e)** Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- f)** Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- g)** Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- h)** Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

PET

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização, por motivo de óbito ou internação em hospital do Tutor segurado, desde que a óbito ou internação seja decorrente de Acidente Pessoal coberto, até o limite do valor do capital contratado e observadas as demais disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

A cobertura será aplicada ao segurado, desde que responsável na qualidade de Tutor de animal de estimação doméstico.

2.1 Riscos Cobertos

2.1.1 Será coberto óbito por **Morte do Tutor**, desde que resultante de evento entendido nos termos do seguro.

2.1.2 Será coberto óbito por **Morte Acidental do Tutor**, desde que resultante de evento entendido como Acidente Pessoal, nos termos do seguro.

2.1.3 A cobertura de **Internação Hospitalar do Tutor** garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições contratuais.

2.1.3.1 Considera-se o início da internação quando da comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente.

2.1.3.1.1 Para fins desta cobertura entende-se:

- a) diária de internação hospitalar: é o valor escolhido pelo Estipulante, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.
- b) internação hospitalar: é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, aplicáveis à **Morte Acidental do**

Tutor e Internação Hospitalar do Tutor, estão também excluídas da cobertura de Internação Hospitalar do Tutor:

- a) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal - check-up e investigação diagnóstica;**
- b) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas a ela;**
- c) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- a) Cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;**
- b) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;**
- c) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**
- d) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;**
- e) Internação hospitalar por motivo de convalescença;**
- f) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;**
- g) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
- h) Tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;**
- i) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;**
- j) Quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;**

k) **Todo e qualquer tipo de curetagem uterina.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento.

4.2 O capital segurado e a quantidade de diárias desta cobertura são fixas e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

4.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Essa cobertura abrange os eventos ocorridos e cobertos, circunscritos ao território nacional.

6. FRANQUIA

a) Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro, podendo esta ser aplicada à garantia de Internação Hospitalar do Tutor.

b) A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data de internação hospitalar.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1 Para as garantias de **Morte e Morte Acidental do Tutor**, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia autenticada);
- c) Documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);

- e) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor (cópia simples);
- f) Termo de Rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado (cópia simples);
- g) Declaração de únicos herdeiros (original);
- h) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- i) Boletim de Ocorrência Policial, se aplicável (cópia simples);
- j) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) (cópia simples);
- k) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- l) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado (cópia simples);
- m) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir) (cópia simples);
- n) Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver) (cópia simples);
- o) Laudo de Perícia Técnica (se houver) (cópia simples);
- p) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- q) Em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta):
 - q1) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - q2) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
 - q3) para o enquadramento na condição de Pessoa Politicamente Exposta, se for o caso, consideram-se como tal os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

6.2 Para a garantia de **Internação Hospitalar do Tutor**, os documentos básicos necessários são:

- Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- Prontuário Médico comprovando a internação hospitalar (cópia simples);
- Resultado dos exames médicos realizados (cópia simples);
- Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado;

6.2.12 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade da internação hospitalar, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.

6.2.13 Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observado o capital segurado contratado.

6.2.14 Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a internação hospitalar durante um mesmo período.

6.2.15 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta

soma não poderá exceder a quantidade de diárias contratadas, conforme previsto nas Condições Contratuais.

6.3 A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

6.4 Em caso de óbito do segurado Tutor, bem como quaisquer uma das ocorrências descritas no item 17. Cessação da Cobertura Individual das Condições Gerais do seguro, cessará o direito ao pagamento da diária, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu hospitalizado, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

6.5 Para todos os beneficiários do segurado Tutor na cobertura de Morte Acidental, os documentos básicos necessários são:

- a. RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
- b. Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) (cópia simples);
- c. Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- d. Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- e. Se o beneficiário for cônjuge do segurado, o documento básico adicional é a cópia simples da certidão de casamento do segurado, atualizada com as averbações;
- f. Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são Anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado (cópia simples).

6.6 Se o beneficiário for filho do segurado Tutor, os documentos básicos adicionais são:

I. Certidão de Nascimento (cópia simples);

II. RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada filho (cópia simples).

7. BENEFICIÁRIOS

Em caso de morte do segurado Titular, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, obedecidas as disposições do item “Beneficiários”, das Condições Gerais ou, na falta destes, pela ordem de sucessão civil.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante, em caso de morte do segurado durante a vigência da cobertura, a prestação de

serviços de assistência funeral ou o reembolso das despesas realizadas com o seu funeral, até o valor do capital contratado, observadas as disposições das condições contratuais e as constantes destas Condições Especiais.

2. DEFINIÇÕES

As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- a) O serviço de assistência funeral, poderá ser concedido:
- b) Plano individual: a todos os segurados principais.
- c) Plano Familiar: a todos os segurados principais e dependentes.
- d) Plano Familiar extensivo: a todos os segurados principais, dependentes e seus pais e/ou sogros.

3.1 Para fins desta cobertura, entende-se:

3.2 Serviços de Assistência Funeral:

Caso a opção seja pela utilização do serviço de assistência funeral, a Central de Atendimento do Serviço de Assistência deve ser acionada, onde serão aceitas ligação a cobrar, fornecendo os seguintes dados:

- a) Nome do segurado e número da apólice correspondente;
- b) O local e o número do telefone onde o serviço de assistência poderá encontrar os familiares/representantes do falecido; e
- c) Documentos necessários para comprovar o vínculo com o estipulante e o vínculo familiar (se for o caso).

3.1.2 Se a ligação a cobrar não for possível, as despesas de comunicação com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

3.1.3 Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar a prestação de serviços mencionados nesta cobertura. Caso o serviço de assistência necessite do envio

de documentos complementares para o cumprimento de eventuais formalidades, as referidas despesas serão custeadas pela prestadora.

3.1.4 Quando houver a opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não haverá direito a qualquer reembolso das despesas.

3.1.5 Os serviços de assistência funeral consistem, exclusivamente, em:

a) Assessoria para as Formalidades Administrativas: O Serviço de Assistência dirigirá-se à residência/hospital que ocorreu o óbito, para providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município, tomando as devidas providências à realização do funeral, entregando à família a documentação respectiva, posicionando-a das providências Realizadas. Será solicitado ainda, o acompanhamento de um membro da família, caso o Serviço de Assistência entenda ser necessário.

b) Carro Funerário: O Serviço de Assistência colocará à disposição da família um carro funerário para transporte do corpo desde o local do óbito até o local do velório e depois até o local onde se fará o sepultamento/cremação desde que dentro do mesmo Município.

c) Coroa de Flores: O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres de preferência da família.

d) Locação de Jazigo: Caso a família não disponha de local para o sepultamento, o Serviço de Assistência se responsabilizará pela locação de um jazigo, por um período de 3 (três) anos a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

e) Mesa de Condolências: O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

f) Ornamentação de Urna: O Serviço de Assistência colocará à disposição da família, flores da época para o interior da urna, bem como vestirá o corpo, se assim a família desejar.

g) Paramentos: O Serviço de Assistência se responsabilizará pelos castiçais e velas que acompanham a urna bem como pelos aparelhos de ozona.

h) Passagem para um Parente: Caso a família do Segurado opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária, para um membro da família acompanhar o

sepultamento.

i) Registro de Óbito: O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família.

j) Sepultamento ou Cremação: O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente. As respectivas taxas serão pagas pelo Serviço de Assistência.:

▪ **O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo após o sepultamento.**

▪ **A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito tenha ocorrido, ou o Segurado resida em Município que não disponha deste serviço, e tendo a família optado pela cremação, a família deverá arcar com o traslado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.**

▪ **Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo: Em caso de falecimento do Segurado durante a viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o retorno / repatriamento do corpo, transportando-o em esquife standard até o Município de domicílio do Segurado.**

▪ **Urna/Caixão: O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.**

▪ **Velório: O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala vexatória ou capela, conforme o local.**

3.1 Reembolso das despesas com funeral:

a) Em substituição à prestação de serviço de assistência funeral, caso existam responsáveis pelo dispêndio das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.

b) O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contrato para esta cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral por Morte:

- a) Traslado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município aonde a cremação possa ser efetuada;**
- b) Despesas de aquisição, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro lápide de túmulo, marmoraria do jazigo;**
- c) Realização ou despesas de exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento do segurado;**
- d) Realização ou despesas com buscas, obtenção de provas e formalidades legais e burocráticas, no caso de o segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando “morte presumida”;**
- e) Despesas adicionais de traslado do corpo, decorrentes de alteração do local de sepultamento ou cremação para fora do município de moradia habitual do segurado;**
- f) A cremação do segurado em município que não disponha desse serviço;**
- g) Despesas extras como, por exemplo, com transporte, alimentação e hospedagem de familiares do segurado;**
- h) A prestação do serviço de assistência funeral nas localidades em que a legislação não permita a atuação da prestadora do serviço.**
- i) Tanatopraxia**

5. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de

- a) ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.**
- a) Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.**

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

i. A cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral é devida ao segurado residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda quando em viagens ao exterior.

ii. Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem (classe econômica) para um membro da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento/cremação até o limite contratado para a cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral, mediante entrega dos comprovantes originais das respectivas despesas.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados na condição especial da cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

- a) Comprovantes (notas fiscais) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado (original);
- b) Cartão do CNPJ, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração;
- d) Documento de Identificação do Segurado (cópia simples).
- e) CPF Segurado (cópia simples).
- f) RG Custeador da Nota apresentada (cópia simples).
- g) CPF Custeador da Nota apresentada (cópia simples).
- h) Comprovante de endereço atualizado nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) (cópia simples).
- i) Se necessário documentos complementares serão solicitados

Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados na condição especial da cobertura de morte.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

O pagamento de indenização por esta Cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral não

implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.



RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de renda ao segurado, por sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de renda e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Glossário para os termos relacionados à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária (RIT):

2.1.1 Carência: É o período de até 50% do período de vigência do seguro contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado não terá direito às coberturas deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

2.1.2 Franquia: É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à indenização.

2.1.2.1 Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

2.1.3 Atividade Profissional: É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquiremos meios de subsistência, mediante remuneração.

2.1.4 Auditoria Médica: É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2 Dentro dos limites estabelecidos na apólice e no certificado individual de seguro, para cada período em que o segurado estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clínico incapacitante, causado exclusivamente por doença ou acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, por um período ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias ou 07 (sete) dias em caso de franquia reduzida, efetuará o pagamento da(s) renda(s) correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término do período de franquia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT):

- a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteocondrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondropatias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;**
- b) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;**
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;**
- d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;**
- e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;**
- f) Hospitalização para check-up;**
- g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;**
- h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;**
- i) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;**

- j) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;**
- k) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;**
- l) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;**
- m) Síndrome do pânico;**
- n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;**
- o) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;**
- p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;**
- q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;**
- r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;**
- s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;**
- t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;**
- u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- w) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;**
- x) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;**
- y) Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;**

z) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

aa) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

4.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4.3 Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Renda de Incapacidade Temporária.

4.3.1 Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às rendas cobertas por este seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

5.2 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de renda contratada, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

5.3 O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.

5.4 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

6.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

7. FRANQUIA

7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento,

contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

8. CARÊNCIA

8.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

8.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1 Para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- e) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- f) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- g) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- h) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
- i) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
- j) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
- k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado. No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexos causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.
- n) Se necessário, documentos complementares serão solicitados

9.2 Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexos causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

9.3 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

9.4 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga a cada 30 dias, respeitando-se o limite de rendas e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

9.5 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

9.6 No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

9.7 **Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de renda, sendo que as rendas relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.**

9.8 A cessação do pagamento da renda ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de rendas, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

9.9 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder ao limite máximo de rendas previsto nas condições contratuais.

9.10 Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de renda por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite máximo de rendas previsto nas condições contratuais, correspondente à vigência anterior.

10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

10.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

10.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

11. JUNTA MÉDICA

11.1 No 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, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Enquanto o segurado estiver recebendo as rendas contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.

12.2 Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.

12.3 Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

12.4 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

12.4.1 Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

12.5 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de renda e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

13. DEFINIÇÕES

13.1 Glossário para os termos relacionados à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária (RIT):

13.1.1 Carência: É o período de até 50% do período de vigência do seguro contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado não terá direito às coberturas deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

13.1.2 Franquia: É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à indenização.

13.1.2.1 Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

13.1.3 Atividade Profissional: É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquiremos meios de subsistência, mediante remuneração.

13.1.4 Auditoria Médica: É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

14. RISCOS COBERTOS

14.1 A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

14.2 Dentro dos limites estabelecidos na apólice e no certificado individual de seguro, para cada período em que o segurado estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clínico incapacitante, causado exclusivamente por doença ou acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, por um período ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias ou 07 (sete) dias em caso de franquia reduzida, efetuarão pagamento da(s) renda(s) correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término do período de franquia.

15. RISCOS EXCLUÍDOS

15.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT):

bb) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do

Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteocondrose do Adulto Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;

cc) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

dd) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;

ee) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

ff) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;

gg) Hospitalização para check-up;

hh) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;

i) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;

jj) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;

kk) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;

ll) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;

mm) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;

nn) Síndrome do pânico;

oo) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;

pp) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;

qq) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

- rr) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;**
- ss) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;**
- tt) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;**
- uu) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;**
- vv) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- ww) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- xx) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;**
- yy) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;**
- zz) Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;**
- aaa) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;**
- bbb) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.**

15.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

15.3 Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Renda de Incapacidade Temporária.

15.3.1 Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará

automaticamente o direito às rendas cobertas por este seguro.

16. CAPITAL SEGURADO

16.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

16.2 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de renda contratada, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

16.3 O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.

16.4 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.

17. ÂMBITO GEOGRÁFICO

17.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

18. FRANQUIA

18.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

18.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

19. CARÊNCIA

19.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

19.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

20.1 Para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT), os documentos básicos necessários são:

o) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);

- p) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
- q) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- r) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- s) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- t) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- u) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- v) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
- w) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
- x) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
- y) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- z) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- aa) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.
- bb) Se necessário documentos complementares serão solicitados.
- cc) No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

20.2 Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

20.3 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

20.4 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga a cada 30 dias, respeitando-se o limite de rendas e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

20.5 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que

deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

20.6 No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

20.7 Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de renda, sendo que as rendas relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

20.8 A cessação do pagamento da renda ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de rendas, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

20.9 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder ao limite máximo de rendas previsto nas condições contratuais.

20.10 Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de renda por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite máximo de rendas previsto nas condições contratuais, correspondente à vigência anterior.

21. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

21.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

21.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

22. JUNTA MÉDICA

22.1 No 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, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1 Enquanto o segurado estiver recebendo as rendas contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.

23.2 Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.

23.3 Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

23.4 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

23.4.1 Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

RESCISÃO CONTRATUAL AO ESTIPULANTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao estipulante o pagamento do capital segurado contratado, a título de verba rescisória, em caso de morte do segurado principal, observadas as condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Entende-se por rescisão contratual a forma de finalizar o contrato de trabalho junto ao estipulante em razão da morte do segurado principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Rescisão Contratual, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 O capital segurado desta cobertura pode ser fixo ou proporcional ao capital segurado da cobertura de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado principal.

5.4 O pagamento do capital será feito em parcela única.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1 Para a cobertura de Rescisão Contratual, os documentos básicos necessários são:

6.1.1 Em caso de morte do segurado por causa natural:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo

- representante do empregado (cópia simples); Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia simples);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
 - d) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
 - e) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

6.2 Para o beneficiário estipulante na cobertura de Rescisão Contratual, os documentos básicos necessários são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples)
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples).
- e) Comprovante da condição de empregador e estipulante do seguro, em caso de pessoa física (cópia simples).

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição.

SERIT – SEGURO DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. OBJETIVO

1.1. Este seguro tem por objetivo o pagamento, ao Segurado, de uma importância limitada ao Capital Segurado contratado, em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário de toda e qualquer atividade remunerada, em consequência de acidente pessoal, observado o período indenitário contratado, as carências e as limitações previstas Condições Gerais, das Condições Especiais e do Contrato;

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal:

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

- os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; • os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e;
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- 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) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
 - c) choque elétrico e raio;
 - d) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
 - e) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
 - f) infecções e estados septicêmicos, quando resultante exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;

g) queda n'água ou afogamento.

2.1.2. Não se incluem nesse conceito:

- 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;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R. – Lesão por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LTC - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinite, Sinovite, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria Nº 1.339/1999, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo, e;
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida neste item.

2.2. Agravação de Risco: circunstância que aumenta a possibilidade de ocorrência dos riscos previstos no contrato seja por ato de terceiros ou do próprio segurado;

2.3. Apólice: é o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos;

2.4. Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro;

2.5. Capital Segurado: é o valor da Renda Mensal contratada estabelecida na Proposta de Contratação e/ou na Proposta de Adesão. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;

2.6. Carência: é o período contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou da sua

reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, em caso de sinistro, a Seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o titular ou os Beneficiários;

2.7. Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes: são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que sejam de seu conhecimento, não declarados na Proposta de Adesão;

2.8. Franquia: é o período não indenizável, correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias de afastamento por evento coberto;

2.9. Incapacidade Temporária: é a perda total, contínua e temporária de capacidade para a prática de toda e qualquer atividade remunerada, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença;

2.10. Período Indenitário: corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, estabelecido na Proposta de Contratação e/ou na Proposta de Adesão; os períodos de afastamentos por eventos cobertos somam-se, tenham eles a mesma causa ou não, até o limite do período indenitário contratado;

2.11. Renda Diária: é o valor do Capital Segurado estabelecido para cada dia de afastamento coberto;

3. COBERTURA DO SEGURO

3.1. Esta cobertura prevê o pagamento ao Segurado de uma indenização, de acordo com o capital segurado contratado e compatível com a perda de renda que vier a sofrer, em razão de comprovado afastamento total, contínuo e temporário, de toda e qualquer atividade remunerada por acidente pessoal, observado, ainda, o período de cobertura aplicável.

3.2. Na hipótese de falecimento do Segurado após o afastamento, em razão de evento coberto, e desde que sua morte não seja consequente dos riscos excluídos previstos nas Condições Gerais e/ou nesta Condição Especial, será paga ao(s) beneficiário(s) a indenização correspondente ao período indenitário contratado, sem prejuízo do pagamento da cobertura de Morte Acidental, se contratadas.

3.3. A ocorrência de um novo sinistro durante o período de recebimento de diárias por incapacidade temporária não gera direito à percepção de novas diárias.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS da cobertura deste seguro os afastamentos decorrentes, direta ou indiretamente dos eventos especificados nas Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo;

4.2. Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos em períodos de exercício da profissão ou ocupação no exterior.

5. FRANQUIA

5.1. O Segurado somente terá direito à cobertura de Seguro de Renda por Incapacidade Temporária no caso de afastamento de suas atividades remuneradas pelo tempo superior à franquia correspondente a 15 (quinze) dias ininterruptos, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos contados a partir da data do afastamento por determinação médica.

6. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

6.1. Somente será indenizado o período de afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que corresponda ao da efetiva incapacidade laborativa e haja compatibilidade com o período necessário à recuperação do Segurado, segundo critério habitualmente observado pela prática médica, ou, se necessário, com base em publicação técnica reconhecida, salvo nos casos de intercorrências comprovadas e que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por Laudo do Médico Assistente e por exames subsidiários.

6.2. A contagem do período indenitário se inicia a partir do 11º (décimo primeiro) dia de afastamento, ou seja, a partir do primeiro dia subsequente ao período de franquia.

6.3. A solicitação de indenização para afastamentos decorrentes de todo e qualquer evento relativo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia deverá vir, obrigatoriamente, acompanhada de Boletim Médico de Pronto Atendimento e ficará sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora.

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O Segurado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, à serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para sua cura completa.

7.2. O pagamento da Renda Diária contratada será efetuado, de uma única vez em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos abaixo relacionados:

- Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento SERIT, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo seu Médico Assistente;
- Exames complementares realizados;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- CPF/MF, Documento de Identidade e comprovante de residência do Segurado;
- Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito, em que o Segurado esteja dirigindo;
- CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, quando for o caso
- Documentos que comprovem o valor de sua renda mensal no momento do sinistro, sempre que solicitados;
- Atestado Médico e Boletim Médico de Pronto Atendimento, para qualquer tipo de acidente;

7.3. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

7.4. Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.

7.5. É facultado à Seguradora promover a constatação do seu afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, através de seus representantes ou prepostos, bem como submeter o Segurado a exame(s) objetivando apurar a caracterização da sua incapacidade temporária, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito à indenização.

7.6. Se o sinistro for comunicado quando se tornar impossível sua comprovação por perito médico da Seguradora, o evento não será reconhecido, perdendo o Segurado o direito à indenização.

7.7. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

7.7.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir da data do dia útil subsequente a data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

7.8. Caso haja necessidade de prorrogação do período de afastamento inicialmente solicitado, o Segurado deverá encaminhar à Seguradora novo Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício.

7.8.1. O Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento SERIT poderá ser obtido, também, pelo site da Seguradora: <https://www.bvixseguradora.com.br/>

7.9. Comunicado devidamente o sinistro e reconhecido o direito à indenização, se o afastamento se prolongar no tempo, o pagamento, referente a cada mês, será efetuado até o 5º dia útil do mês subsequente.

Encerrando-se o afastamento, o pagamento será feito até o 5º dia do seu término, respeitando-se, em qualquer hipótese, o prazo previsto nas Condições Gerais.

8. MANUTENÇÃO E INTERRUPÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. O direito à percepção da indenização cessará na data do efetivo término da incapacidade do Segurado ou de seu retorno à atividade remunerada, ou, automaticamente, ao completar-se o período indenitário contratado, o que ocorrer primeiro.

8.2. É de exclusiva responsabilidade do Segurado, em gozo do seguro de renda por incapacidade temporária, a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.

8.2.1. Caso a Seguradora venha a efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado deverá proceder com a devolução, à Seguradora, dos valores indevidamente recebidos, corrigidos monetariamente pelo IPC-A/IBGE, acrescido de juros de 0,5% (meio por cento) ao mês, “pro rata temporis”, contados da data do pagamento.

9. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

9.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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

9.1.2. 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.

REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

O Contrato firmado entre a seguradora e o estipulante poderá estabelecer cálculo pra apuração de excedente técnico, conforme critérios previstos na Cláusula Suplementar de Reversão de Excedente Técnico, se adotada.

As despesas e receitas poderão ser negociadas por acordo entre as partes.

O período de apuração será estabelecido nas condições contratuais, a contar do início de vigência ou da data do aniversário da apólice.

1. APURAÇÃO DO RESULTADO

Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como:

1.1 Receitas

- a) prêmios de competência correspondentes ao período de apuração da apólice,
- b) efetivamente pagos, líquidos de IOF;
- c) estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- d) saldo da reserva de IBNR do período anterior;
- e) recuperação de sinistros do ressegurador.

1.2 Despesas

- a) comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
- b) comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
- c) comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d) prêmios de resseguro;
- e) valor total dos sinistros avisados, ocorridos em qualquer época e ainda não considerados
- f) até o fim do período de apuração, computando-se, de uma só vez, os sinistros com
- g) pagamento parcelado;
- h) alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores;
- i) g)saldo da reserva de IBNR do período;
- j) h)saldo negativo de períodos anteriores, ainda não compensados;
- k) as despesas efetivas de administração da Seguradora, acordadas com o Estipulante
- l) incluindo impostos ou quaisquer outras contribuições recolhidas sobre os prêmios
- m) efetivamente pagos durante o período.

2. IBNR

A reserva de IBNR (Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados) será calculada através da aplicação de um percentual, estabelecido no contrato, sobre os prêmios referentes ao período de apuração. Como saldo da reserva de IBNR do período anterior entende-se o valor debitado a este título, no período anterior ao da atual apuração. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

Todos os encargos incidentes sobre prêmios pagos em atraso não serão considerados, para fins de cálculo do Excedente Técnico, como receita.

Os encargos contratuais incidentes sobre sinistros pagos em atraso, que não tenha sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

3. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

O resultado técnico será apurado em reais, levando-se em conta a atualização monetária dos valores pela variação do IPCA/IBGE. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente até a data da distribuição do excedente técnico, desde:

- a) o mês do pagamento dos prêmios e comissões (corretagem, agenciamento e pró-labore);
- b) o mês do aviso dos sinistros à Seguradora;
- c) o mês da última apuração, para os saldos negativos de períodos anteriores e saldo de IBNR de período anterior;
- d) o mês de competência para as despesas de administração da Seguradora.

4. CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

A distribuição do Excedente Técnico será realizada após o término do período de apuração, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

Somente será distribuído o Excedente Técnico quando, durante o período de apuração, a apólice tiver média mensal mínima de 500 (quinhentos) segurados titulares.

5. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE

Será distribuído ao Estipulante e/ou Segurados um percentual do saldo positivo obtido, livremente convencionado entre as partes e constante do contrato.

Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o seu prêmio individual de seguro. Esta condição constará do Certificado Individual do Segurado quando o seguro for contributário. Caberá ao

Volts Seguradora

Mais que seguros,
soluções para
viver melhor.



volts
SEGURADORA

www.voltsseguradora.com.br