

A photograph of a family of four (a man, a woman, and two children) lying on their stomachs on a grassy field, smiling and laughing. A large, semi-transparent white triangle is superimposed over the image, pointing downwards.

CONDIÇÕES GERAIS

Seguro de Pessoas Coletivo

ARCA

SEGURADORA

Sumário

.....	1
1. OBJETIVO DO SEGURO	14
2. DEFINIÇÕES.....	14
3. COBERTURAS DO SEGURO.....	20
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	22
5. CONTRATAÇÃO	27
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO	29
7. INCLUSÃO DE SEGURADOS	29
8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	30
9. VIGÊNCIA DAS COBERTURAS INDIVIDUAIS.....	31
10. CAPITAL SEGURADO.....	31
11. BENEFICIÁRIOS	31
12. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	33
13. CUSTEIO DO SEGURO	38
14. PAGAMENTO DE PRÊMIO	38
15. INADIMPLENTO DO PRÊMIO, SUSPENSÃO DE GARANTIA E RESOLUÇÃO DO CONTRATO	39
16. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS	42
17. CARÊNCIA E FRANQUIA	42
18. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	42
19. DA PERDA DO DIREITO À GARANTIA E DA INOBSERVÂNCIA DE PRAZOS PARA PRESTAR INFORMAÇÕES/COMUNICAÇÕES E PRATICAR ATOS PERTINENTES.....	43
20. EMBARGOS E SANÇÕES.....	46
21. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO	46
22. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES	47
23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	47
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	47
25. EXCEDENTE TÉCNICO.....	49
26. FORO	49
27. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	49
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE (M) e/ou QUALQUER CAUSA (MQC);	49
1. OBJETIVO DA COBERTURA	49
2. DEFINIÇÕES.....	50
3. RISCOS COBERTOS	51
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	51
5. CARÊNCIA	51
6. CAPITAL SEGURADO.....	51
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	51
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	51
9. BENEFICIÁRIOS	54
10. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	54
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	54
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE NATURAL (MN)	55
1. OBJETIVO DA COBERTURA	55
2. DEFINIÇÕES.....	55
3. RISCOS COBERTOS	56
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	56
5. CARÊNCIA	56
6. CAPITAL SEGURADO.....	56

7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	56
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	56
9.	BENEFICIÁRIOS	58
10.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	58
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	58
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA) e/ou INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL		59
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	59
2.	DEFINIÇÕES.....	59
3.	RISCOS COBERTOS	60
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	60
5.	CAPITAL SEGURADO.....	60
6.	CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	60
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	60
8.	BENEFICIÁRIOS	63
9.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	63
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	63
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)		63
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	63
2.	DEFINIÇÕES.....	63
3.	DOS REQUISITOS PARA CARACTERIZAÇÃO DE RISCO COBERTO	64
4.	DO CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO	66
5.	PRAZO PARA COMUNICAÇÃO DE SINISTRO	70
6.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	70
7.	CAPITAL SEGURADO.....	72
8.	CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	72
9.	BENEFICIÁRIOS	72
10.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	72
11.	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	73
12.	JUNTA MÉDICA	74
13.	CARÊNCIA E FRANQUIA	74
14.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	74
15.	DISPOSIÇÕES GERAIS	74
15.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.		74
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO DE MEMBROS (IPAM)		74
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	74
2.	DEFINIÇÕES.....	75
3.	RISCOS COBERTOS	76
4.	MAJORAÇÃO DE MEMBROS	81
5.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	81
6.	CAPITAL SEGURADO.....	82
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	82
8.	BENEFICIÁRIOS	82
9.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	82
10.	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	84
11.	JUNTA MÉDICA	84
12.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	84

13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	84
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)		84
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	84
2.	DEFINIÇÕES.....	85
3.	RISCOS COBERTOS	85
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	86
5.	CAPITAL SEGURADO.....	87
6.	BENEFICIÁRIOS	87
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	87
8.	Liquidação de Sinistros.....	87
9.	DESPEAS DE COMPROVAÇÃO	89
10.	JUNTA MÉDICA	89
11.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	89
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	89
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (AED).....		89
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	89
2.	DEFINIÇÕES.....	90
3.	RISCOS COBERTOS	90
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	91
5.	CAPITAL SEGURADO.....	91
6.	CARÊNCIA	92
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	92
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	92
9.	DESPEAS DE COMPROVAÇÃO	93
10.	JUNTA MÉDICA	93
11.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	94
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	94
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)		94
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	94
2.	DEFINIÇÕES.....	94
3.	RISCOS COBERTOS	96
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	98
5.	CAPITAL SEGURADO.....	99
6.	CARÊNCIA	99
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	99
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	99
9.	DESPEAS DE COMPROVAÇÃO	101
10.	JUNTA MÉDICA	101
11.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	101
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	101
1	OBJETIVO DA COBERTURA	103
2	DEFINIÇÕES.....	103
3	RISCOS COBERTOS	103
4	RISCOS EXCLUÍDOS.....	104
5	CAPITAL SEGURADO.....	104
6	CARÊNCIA	105
7	CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	105
8	BENEFICIÁRIOS	105
9	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	105

10	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	106
11	JUNTA MÉDICA	107
12	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	107
13	DISPOSIÇÕES GERAIS	107
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE QUALQUER CAUSA (MQC) ou MORTE ACIDENTAL (MA)	107
1	OBJETIVO DA COBERTURA	107
2	DEFINIÇÕES.....	107
3	RISCOS COBERTOS	107
4	RISCOS EXCLUÍDOS.....	109
5	CAPITAL SEGURADO.....	110
6	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	110
7	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	110
8	DISPOSIÇÕES GERAIS	111
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL	111
1	OBJETIVO DA COBERTURA	111
2	DEFINIÇÕES.....	111
3	RISCOS COBERTOS	111
4	RISCOS EXCLUÍDOS.....	114
5	CAPITAL SEGURADO.....	114
6	BENEFICIÁRIOS	114
7	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	114
8	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	115
9	DISPOSIÇÕES GERAIS	115
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL AO ESTIPULANTE	115
1	OBJETIVO DA COBERTURA	115
2	DEFINIÇÕES.....	116
3	RISCOS COBERTOS	116
4	RISCOS EXCLUÍDOS.....	116
5	CAPITAL SEGURADO.....	116
6	BENEFICIÁRIOS	116
7	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	116
8	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	117
9	DISPOSIÇÕES GERAIS	117
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA.....	118
1	OBJETIVO DA COBERTURA	118
2	DEFINIÇÕES.....	118
3	RISCOS COBERTOS	118
4	RISCOS EXCLUÍDOS.....	118
5	CAPITAL SEGURADO.....	118
6	BENEFICIÁRIOS	119
7	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	119
8	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	119
9	DISPOSIÇÕES GERAIS	119
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR ACIDENTE	119
1	OBJETIVO DA COBERTURA	119
2	DEFINIÇÕES.....	120
3	RISCOS COBERTOS	120
4	RISCOS EXCLUÍDOS.....	120
5	CAPITAL SEGURADO.....	120

6	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	120
7	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	121
8	DISPOSIÇÕES GERAIS	121
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE	121
1	OBJETIVO DA COBERTURA	121
2	DEFINIÇÕES.....	121
3	RISCOS COBERTOS	122
4	RISCOS EXCLUÍDOS.....	122
5	CAPITAL SEGURADO.....	122
6	FRANQUIA	123
7	CARÊNCIA	123
8	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	123
9	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	123
10	DISPOSIÇÕES GERAIS	124
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE	124
1	OBJETIVO DA COBERTURA	124
2	DEFINIÇÕES.....	124
3	RISCOS COBERTOS	124
4	RISCOS EXCLUÍDOS.....	124
5	CAPITAL SEGURADO.....	125
6	CARÊNCIA	125
7	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	125
8	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	125
9	DISPOSIÇÕES GERAIS	126
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL	126
1	OBJETIVO DA COBERTURA	126
2	DEFINIÇÕES.....	126
3	RISCOS COBERTOS	126
4	RISCOS EXCLUÍDOS.....	126
5	CAPITAL SEGURADO.....	127
6	CARÊNCIA	127
7	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	127
8	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	127
9	Disposições Gerais	128
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	128
2.	DEFINIÇÕES.....	128
3	RISCOS COBERTOS	129
4	RISCOS EXCLUÍDOS.....	129
5	CAPITAL SEGURADO.....	132
6	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	132
7	FRANQUIA	132
8	LIMITE DE DIÁRIAS	132
9	PERÍODOS DE AFASTAMENTO	132
10	CARÊNCIA	133
11	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	133
12	MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	135
13	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	136
14	JUNTA MÉDICA	136
15	DISPOSIÇÕES GERAIS	136
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	137

2.	DEFINIÇÕES.....	137
3	RISCOS COBERTOS	138
4	RISCOS EXCLUÍDOS.....	138
5	CAPITAL SEGURADO.....	140
6	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	141
7	FRANQUIA	141
8	LIMITE DE DIÁRIAS	141
9	PERÍODOS DE AFASTAMENTO	141
10	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	142
11	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	144
12	JUNTA MÉDICA	144
13	DISPOSIÇÕES GERAIS	144
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)	145
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	145
2.	DEFINIÇÕES.....	145
3.	RISCOS COBERTOS	146
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	146
5.	CAPITAL SEGURADO.....	148
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	149
7.	FRANQUIA	149
8.	LIMITE DE DIÁRIAS	149
9.	PERÍODOS DE AFASTAMENTO	149
10.	CARÊNCIA	150
11.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	150
12.	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	152
13.	JUNTA MÉDICA	152
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	152
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (RIT-ACIDENTE).....	153
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	153
2.	DEFINIÇÕES.....	153
3.	RISCOS COBERTOS	153
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	154
5.	CAPITAL SEGURADO.....	156
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	156
7.	FRANQUIA	156
8.	LIMITE DE DIÁRIAS	156
9.	PERÍODOS DE AFASTAMENTO	156
10.	CARÊNCIA	157
11.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	157
12.	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	159
13.	JUNTA MÉDICA	159
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	159
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE EMPREGO	160
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	160
2.	DEFINIÇÕES.....	160
3.	RISCOS COBERTOS	160
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	160
5.	CAPITAL SEGURADO.....	161
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	161

7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	161
8.	CARÊNCIA	162
9.	FRANQUIAS	162
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	162
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS		
DECORRENTES DE ACIDENTE (DMHO).....		162
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	162
2.	DEFINIÇÕES.....	163
3.	RISCOS COBERTOS	163
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	164
5.	CAPITAL SEGURADO.....	165
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	165
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	165
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	166
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DCF)		166
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	166
2.	DEFINIÇÕES.....	166
3.	RISCOS COBERTOS	166
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	167
5.	CAPITAL SEGURADO.....	167
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	168
7.	CARÊNCIA	168
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	168
9.	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	168
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	169
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH)		169
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	169
2.	DEFINIÇÕES.....	169
3.	RISCOS COBERTOS	169
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	169
5.	CAPITAL SEGURADO.....	170
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	171
7.	FRANQUIA	171
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	171
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	172
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR ACIDENTE (DIH-UTI)		172
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	172
2.	DEFINIÇÕES.....	172
3.	RISCOS COBERTOS	173
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	173
5.	CAPITAL SEGURADO.....	175
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	175
7.	FRANQUIA	175
8.	CARÊNCIA	175
9.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	175
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	176
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS - MORTE		176
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	176
2.	DEFINIÇÕES.....	177

3.	RISCOS COBERTOS	177
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	177
5.	CAPITAL SEGURADO.....	177
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	177
7.	BENEFICIÁRIOS	177
8.	CARÊNCIA	177
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	177
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS – MORTE POR ACIDENTE		177
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	177
2.	DEFINIÇÕES.....	178
3.	RISCOS COBERTOS	178
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	178
5.	CAPITAL SEGURADO.....	178
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	178
7.	BENEFICIÁRIOS	178
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	178
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE		178
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	178
2.	DEFINIÇÕES.....	179
3.	RISCOS COBERTOS	179
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	179
5.	CAPITAL SEGURADO.....	179
6.	FRANQUIA	180
7.	CARÊNCIA	180
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	180
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	180
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE		180
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	180
2.	DEFINIÇÕES.....	180
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	181
5.	CAPITAL SEGURADO.....	181
6.	FRANQUIA	181
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	181
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	182
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER.....		182
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	182
2.	DEFINIÇÕES.....	182
3.	RISCOS COBERTOS	182
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	183
5.	CAPITAL SEGURADO.....	183
6.	CARÊNCIA	184
7.	FRANQUIA	184
8.	CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	184
9.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	184
10.	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	185
11.	JUNTA MÉDICA	185
12.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	186
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	186
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE NASCIMENTO PREMATURO.....		186

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	186
2.	DEFINIÇÕES.....	186
3.	RISCOS COBERTOS	186
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	186
5.	CAPITAL SEGURADO.....	187
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	187
7.	CARÊNCIA	187
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	187
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	188
CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CONJUGE (IC)		188
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	188
2.	DEFINIÇÕES.....	188
3.	RISCOS COBERTOS	188
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	188
5.	FORMAS DE PARTICIPAÇÃO	189
6.	VIGÊNCIA.....	189
7.	CAPITAL SEGURADO.....	189
8.	BENEFICIÁRIOS	189
9.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	189
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	190
CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)		190
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	190
2.	DEFINIÇÕES.....	190
3.	RISCOS COBERTOS	190
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	191
5.	ACEITAÇÃO E INCLUSÃO.....	191
6.	VIGÊNCIA E TÉRMINO DO RISCO INDIVIDUAL	191
7.	CAPITAL SEGURADO.....	191
8.	BENEFICIÁRIOS	191
9.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	192
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	192
CLAUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO		192
1.	OBJETIVO.....	192
2.	DEFINIÇÕES.....	192
3.	CRITÉRIOS PARA A DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO.....	192
4.	APURAÇÃO DO RESULTADO	192
5.	DISPOSIÇÕES GERAIS	194
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO AFASTAMENTO COLABORADOR		194
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	194
2.	DEFINIÇÕES.....	194
3.	RISCOS COBERTOS	194
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	194
5.	CAPITAL SEGURADO.....	194
6.	FRANQUIA	195
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	195
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	196
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO INVALIDEZ		196
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	196
2.	DEFINIÇÕES.....	196
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	196

4.	CAPITAL SEGURADO.....	196
5.	CARÊNCIA	197
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	197
7.	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	197
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	197
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CASAMENTO	197
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	197
2.	DEFINIÇÕES.....	198
3.	RISCOS COBERTOS	198
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	198
5.	CAPITAL SEGURADO.....	198
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	198
7.	DISPOSIÇÕES GERAIS	199
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CRECHE	199
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	199
2.	DEFINIÇÕES.....	199
3.	RISCOS COBERTOS	199
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	199
5.	CAPITAL SEGURADO.....	200
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	200
7.	DISPOSIÇÕES GERAIS	201
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPINV)	201
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	201
2.	DEFINIÇÕES.....	201
3.	RISCOS COBERTOS	202
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	202
5.	CAPITAL SEGURADO.....	202
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	203
7.	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	203
8.	JUNTA MÉDICA	203
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	203
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE FILHOS PÓSTUMOS	203
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	203
2.	DEFINIÇÕES.....	204
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	204
4.	CAPITAL SEGURADO.....	204
5.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	204
6.	DISPOSIÇÕES GERAIS	205
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – 10 TIPOS	205
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	205
2.	RISCOS COBERTOS	205
3.	DOENÇAS COBERTAS.....	205
5.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	208
6.	CAPITAL SEGURADO.....	211
7.	LIQUIDAÇÃO SINISTRO	211
8.	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	212
9.	JUNTA MÉDICA	212
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	212
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – 17 TIPOS	213
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	213

2.	RISCOS COBERTOS	213
3.	DOENÇAS COBERTAS.....	213
4.	CARÊNCIA	217
5.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	217
6.	CAPITAL SEGURADO.....	220
7.	LIQUIDAÇÃO SINISTRO	220
8.	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	221
9.	JUNTA MÉDICA	221
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	222
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE FRATURAS DE OSSOS	222
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	222
2.	DEFINIÇÕES.....	222
3.	RISCOS COBERTOS	223
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	223
5.	PERDA DE DIREITOS	223
6.	CAPITAL SEGURADO.....	224
7.	ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	225
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	225
9.	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	225
10.	JUNTA MÉDICA	225
11.	BENEFICIÁRIOS	226
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	226
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE (ILPTA).....	226
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	226
2.	DEFINIÇÕES.....	227
3.	RISCOS COBERTOS	227
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	228
5.	CAPITAL SEGURADO.....	228
6.	CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	229
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	229
8.	DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	230
9.	JUNTA MÉDICA	230
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	230
1.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	230
2.	DISPOSIÇÕES GERAIS	231
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO POR FIDELIDADE.....	232
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	232
2.	DEFINIÇÕES.....	232
3.	RISCOS COBERTOS	232
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	232
5.	CAPITAL SEGURADO.....	232
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	232
7.	DIPOSIÇÕES GERAIS	233
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO NASCIMENTO DE FILHOS	233
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	233
2.	DEFINIÇÕES.....	233
3.	RISCOS COBERTOS	233
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	233
5.	CAPITAL SEGURADO.....	234

6.	CARÊNCIA	234
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	234
8.	DISPOSIÇÕES GERAIS	234

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1 Este seguro tem por finalidade garantir ao Segurado ou a seus Beneficiários, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura, o pagamento de uma indenização em razão de eventos cobertos ocorridos durante a vigência da apólice, em razão de riscos predeterminados.
- 1.2 A cobertura está estritamente condicionada ao cumprimento das disposições destas Condições Gerais, Especiais e Particulares, e o pagamento da indenização à inexistência de riscos excluídos ou de situações que implique perda de direitos, em conformidade com a legislação em vigor.
- 1.3 Aplica-se ao presente contrato de seguro as premissas estabelecidas pela Lei nº 15.040, de 9 de dezembro de 2024.
- 1.4 **Este produto está registrado na SUSEP sob o processo número: 15414.628508/2023-87**

2. DEFINIÇÕES

Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

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

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, quaisquer que sejam suas causas – físicas, psicológicas ou mentais, por exemplo –, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas

- como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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.
- 2.2 **Agravamento do Risco:** circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.
- 2.3 **Âmbito Geográfico:** termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida.
- 2.4 **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).
- 2.5 **Atividade Profissional:** é a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência mediante remuneração.
- 2.6 **Atividade Laborativa Principal:** aquela através da qual o segurado obtém a maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.
- 2.7 **Ato Ilícito:** toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.
- 2.8 **Auditoria Médica:** é a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado se submete para fins de comprovação do Sinistro.
- 2.9 **Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tiver conhecimento.
- 2.10 **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada que terá direito ao recebimento do valor do capital segurado contratado, em decorrência de sinistro coberto.
- 2.11 **Cancelamento:** ato pelo qual a apólice será cancelada antes da data prevista para término de sua vigência.
- 2.12 **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.
- 2.13 **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.

- 2.14 **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.
- 2.15 **Cláusula de rateio:** cláusula que prevê a possibilidade de o segurado assumir uma proporção dos prejuízos apurados quando o seguro for contratado por valor inferior ao do interesse.
- 2.16 **Cobertura provisória:** cobertura concedida pela seguradora para sinistros ocorridos durante o período de análise da proposta feita pelo proponente.
- 2.17 **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.
- 2.18 **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.
- 2.19 **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.
- 2.20 **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.21 **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.
- 2.22 **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.
- 2.23 **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.
- 2.24 **Cotação:** estimativa de valor a ser cobrado a título de prêmio, calculado pela seguradora na fase pré-contratual a partir de informações preliminares fornecidas pelo interessado.
- 2.25 **Curador:** pessoa encarregada judicialmente de administrar ou fiscalizar bens ou interesses de outra pessoa.
- 2.26 **Despesas de contratação:** valores destinados a viabilizar a contratação do seguro, compreendendo, dentre outros, despesas administrativas, comissões e custos relativos à intermediação, bem como tributos diretamente incidentes sobre o prêmio.

- 2.27 **Despesas incorridas pela seguradora:** todos os custos, internos e de terceiros, inclusive aqueles atinentes à contratação, suportados pela seguradora, abrangendo as atividades administrativas e operacionais.
- 2.28 **Doenças e/ou lesões preexistentes:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, de conhecimento do proponente e não declaradas na proposta de adesão.
- 2.29 **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.
- 2.30 **Dolo:** má-fé, qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro.
- 2.31 **Endosso:** documento, emitido pela seguradora, pelo qual se formaliza qualquer alteração na apólice.
- 2.32 **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.
- 2.33 **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.
- 2.34 **Excedente técnico:** saldo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva para determinado período.
- 2.35 **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 a parte 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.
- 2.36 **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.
- 2.37 **Foro:** no Contrato de Seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.
- 2.38 **Grupo segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 2.39 **Grupo segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.40 **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.

- 2.41 **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.
- 2.42 **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.
- 2.43 **Início de Vigência:** data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 2.44 **Liquidação de Sinistro:** pagamento da indenização (ou reembolso) relativa a um sinistro.
- 2.45 **Má-Fé:** agir de modo contrário à lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente.
- 2.46 **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.
- 2.47 **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.48 **NYHA:** tabela funcional da New York Heart Association que permite classificar a extensão da insuficiência cardíaca congestiva.
- 2.49 **Objeto:** designação genérica de qualquer objeto sobre o qual recaia o risco coberto, como bem, direito, obrigação, responsabilidade.
- 2.50 **Objeto segurado:** objeto garantido por um contrato de seguro.
- 2.51 **Perícia Médica:** é a avaliação feita por um médico a qual o segurado é submetido para fins de comprovação do sinistro.
- 2.52 **Período intermitente de cobertura:** período descontinuado de vigência da cobertura definido a partir de critérios determinados nas condições contratuais, que estabelecem seu início e interrupção.
- 2.53 **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.
- 2.54 **Prêmio:** é a importância paga pelo Segurado à Seguradora para garantir o risco contratado, desde que coberto.
- 2.55 **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.

- 2.56 **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) do seguro, mediante preenchimento e protocolo da Proposta de Contratação na Seguradora.
- 2.57 **Proposta de Adesão:** é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.58 **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.
- 2.59 **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.
- 2.60 **Purgação da Mora:** é o procedimento legal ou contratual pelo qual o devedor, que estava em atraso, cumpre a obrigação devida, acrescida de todos os encargos moratórios estabelecidos (como juros, multa e correção monetária).
- 2.61 **Questionário de avaliação do risco:** conjunto de questões sobre as características do segurado, do objeto segurado e do risco, produzido e submetido pela seguradora, o qual deve ser respondido pelo proponente para fins da avaliação e aceitação do risco e que é parte integrante da proposta.
- 2.62 **Reclamação do sinistro:** comunicação feita à seguradora pelo interessado no sinistro para informar a ocorrência de sinistro.
- 2.63 **Regulação de sinistro:** processo que tem por objetivo identificar as causas e os efeitos do fato comunicado na reclamação do sinistro.
- 2.64 **Relatório de regulação e liquidação de sinistro:** documento resultante da regulação e liquidação de sinistro, o qual deve descrever, de forma objetiva, os critérios e a fundamentação da decisão sobre a aceitação ou recusa de cobertura e, quando couber, sobre o valor a ser pago à título de indenização.
- 2.65 **Renda:** é a série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) beneficiário(s) ou o próprio segurado, de acordo com a estrutura do plano.
- 2.66 **Rescisão:** extinção do contrato por acordo entre as partes.
- 2.67 **Resolução:** extinção do contrato por inadimplemento de uma das partes.
- 2.68 **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, especiais e/ou no contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- 2.69 **Segurado:** é a pessoa física que está exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas.

- 2.70 **Segurado Principal:** aquele segurado que mantém vínculo com o estipulante.
- 2.71 **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.
- 2.72 **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.
- 2.73 **Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.74 **Seguro Contributário:** aquele em que os segurados pagam o prêmio, parcial ou totalmente.
- 2.75 **Seguro Não Contributário:** aquele em que os segurados não pagam prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao estipulante.
- 2.76 **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 2.77 **Vigência:** período pelo qual está contratada a cobertura do seguro.
- 2.78 **Vigência da Cobertura Individual:** período em que os segurados terão direito às coberturas contratadas, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.
- 2.79 **Vínculo:** é a relação, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinada empresa ou grupo de pessoas.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1 As coberturas do seguro podem ser contratadas de forma livre, respeitando-se, contudo, as limitações de conjugações de planos disponibilizados pela seguradora.
- 3.2 As coberturas contratadas estarão indicadas na Proposta de Contratação, ainda, na apólice de seguros.
- 3.3 O objetivo da cobertura, os riscos cobertos e riscos excluídos se encontram dispostos nas respectivas condições especiais contratuais, aplicando-se, ainda, as disposições contidas nas condições gerais, particulares e complementares.
- 3.4 As coberturas passíveis de contratação são:
- a) Morte (M) e/ou Morte Qualquer Causa (MQC);
 - b) Morte Natural (MN);
 - c) Morte Acidental (MA) e/ou Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
 - 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) Antecipação Especial por Doença (AED);
 - h) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD);

- i) Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional (ILPD);
- j) Assistência Funeral por Morte Natural ou Acidental;
- k) Assistência Funeral por Morte Acidental;
- l) Rescisão Contratual ao Estipulante;
- m) Auxílio Cesta Básica (CB);
- n) Auxílio Cesta Básica por acidente (CB);
- o) Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente (CBAA);
- p) Auxílio Funeral por Morte Natural ou Acidental;
- q) Auxílio Funeral por Morte Acidental;
- r) Diárias por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (DIT);
- s) Diárias por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-Acidente);
- t) Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (RIT);
- u) Renda por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (RIT-Acidente);
- v) Perda de Emprego;
- w) Despesas Médicas, hospitalares e Odontológicas decorrentes de Acidente (DMHO);
- x) Doença Congênita de Filho (DCF);
- y) Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH);
- z) Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva por Acidente (DIH-UTI);
- aa) Despesas Emergenciais – Morte;
- bb) Despesas Emergenciais – Morte por Acidente;
- cc) Despesas Emergenciais – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- dd) Auxílio Medicamento por Acidente;
- ee) Diagnóstico de câncer;
- ff) Nascimento Prematuro;
- gg) Auxílio Afastamento Colaborador;
- hh) Auxílio Invalidez INSS;
- ii) Auxílio Casamento;
- jj) Auxílio Creche;
- kk) Adaptação de Casa e/ou Veículo por Invalidez;
- ll) Filhos Póstumos;
- mm) Doenças Graves – 10 tipos;
- nn) Doenças Graves – 17 tipos;
- oo) Fraturas De Ossos;
- pp) Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente (ILPTA);
- qq) Auxílio por Fidelidade;
- rr) Auxílio Nascimento de Filhos.

3.4.1 As 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.**

3.4.2 As coberturas de Assistência Funeral por Morte e Assistência Funeral por Morte Acidental não podem ser contratadas em conjunto.

3.4.3 As coberturas de Auxílio Funeral por Morte e Auxílio Funeral por Morte Acidental não podem ser contratadas em conjunto.

- 3.4.4 As coberturas de Auxílio Cesta Básica e Auxílio Cesta Básica por acidente não podem ser contratadas em conjunto.
- 3.4.5 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.
- 3.4.6 As coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) e Diárias de Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (DIT-Acidente) não podem ser contratadas em conjunto.
- 3.4.7 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.
- 3.4.8 As coberturas de Doenças Graves – 10 tipos e Doenças Graves – 17 tipos não podem ser contratadas em conjunto.
- 3.5 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 (IC);
 - b) Inclusão de Filhos (IF);
 - c) Reversão de excedente Técnico.
- 3.6 **A(s) cobertura(s) contratada(s) deverá(ão) constar, expressamente, nas Condições Contratuais, bem como na apólice e/ou certificado individual.**
- 3.7 Somente os sinistros decorrentes das coberturas contratadas pelo estipulante estão amparados pelo seguro, observadas as condições contratuais, condições gerais e especiais.
- 3.8 **Deverá ser informado na Proposta de Contratação quais coberturas se pretende contratar.**
- 3.9 As coberturas contratadas e os respectivos valores dos Capitais Segurados estarão expressos na apólice, na proposta de contratação e no contrato.
- 3.10 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.
4. **RISCOS EXCLUÍDOS**
- 4.1 Não haverá direito à indenização para quaisquer das coberturas do seguro contratado se o evento resultar de Risco Excluído previsto nas Condições Contratuais, ou, ainda, se restar verificada qualquer hipótese de Perda de Direito prevista nessas mesmas Condições Contratuais ou na legislação aplicável.

4.2 Estão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de (Atenção: as situações abaixo NÃO ESTÃO COBERTAS POR ESTE SEGURO, independentemente de ter sido contratada a cobertura Básica, Adicional ou Suplementar):

- a) Sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios;
- b) Fraude consumada ou tentativa de fraude praticada pelo segurado, cônjuge, companheiro(a), filhos, demais dependentes, ou pelo(s) beneficiário(s);
- c) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s), pelo contratante do seguro, ou pelo representante legal, de qualquer destes, ou, ainda, se o evento decorreu da prática anterior ou continuada de um ato ilícito, ainda que de forma não imediata;
- d) Acidentes e as suas consequências ocorridas em momento anterior à contratação do seguro, ainda que a efetiva consolidação das implicações médicas e/ou a morte se dê durante a vigência do contrato;
- e) Estados cuja causa exclusiva ou principal corresponda a estados patológicos preexistentes ao início da relação contratual;
- f) Doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do seguro, definidas como aquelas crônicas, degenerativas, congênitas ou de prévio conhecimento do Segurado, do Segurado dependente e/ou do contratante em ocasião anterior à data de adesão ao seguro, e não declaradas/informadas na proposta de adesão, caracterizando-se o conhecimento pela existência de sinais, sintomas ou quaisquer alterações do seu estado de saúde;
- g) Atos ilícitos dolosos praticados pelo(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s) e administrador(es), pelo(s) beneficiário(s) e/ou contratante(s) do seguro, e pelo(s) respectivo(s) representante(s), no caso de seguro contratado por pessoas jurídicas;
- h) Suicídio, ou a sua tentativa, ocorrido nos primeiros 02 anos do início de vigência do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Em caso de aumento de capital segurado durante o curso do contrato, a carência para suicídio é contada somente para a parcela aumentada;
- i) Ferimentos autoinfligidos, autolesões, mutilações do próprio corpo ou doações e/ou extrações de órgãos, inclusive nos casos de tentativa de suicídio, salvo se o ato decorrer de exigência médica;
- j) Acidentes causados, intencionalmente, pelo próprio Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Contratante do seguro;
- k) Epidemias e pandemias declaradas pela autoridade competente;
- l) Atos terroristas ou equiparados;
- m) 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;

- n) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, invasão, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, hostilidade 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;
- o) Perturbações mentais, nervosas, temperamentais, dentre outras de mesma natureza;
- p) Eventos decorrentes de dano ou alteração patológica provocada por um tratamento de saúde, mesmo que ele tenha sido realizado corretamente e dentro do esperado, ou em razão de erro médico, exceto aqueles diretamente causados por intervenção médica ou cirúrgica necessária em decorrência de Acidente Pessoal coberto;
- q) Doação e transplante intervivos;
- r) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico;
- s) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina, exceto se consequente de aborto ou parto decorrente diretamente de Acidente Pessoal;
- t) Perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas, agravadas ou desencadeadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, exceto quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente pessoal coberto;
- u) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- v) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas ou ocasionadas por picadas de insetos;
- w) Envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes e/ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escape acidental de gases e vapores;
- x) Inobservância deliberada de regras de segurança ou o descumprimento intencional do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) obrigatórios, quando a ausência destes for a causa determinante do sinistro;
- y) Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios, salvo se o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;
- z) Acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não

- homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- aa) Acidentes ocorridos em consequência de inundações, tempestades, tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - bb) Atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, bem como que possam implicar agravamento de risco;
 - cc) O segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeira aptidão, terrestre, aéreo ou marítimo, sem que possua habilitação legal;
 - dd) Perda de dentes e de danos estéticos;
 - ee) Participação do Segurado em desafios e brigas, atentados ou rixas, exceto nos casos de legítima defesa, estado de necessidade ou assistência à pessoa em perigo;
 - ff) Incapacidade ou estado de incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta Cobertura;
 - gg) Inseminação artificial;
 - hh) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo, qualquer tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual e respectivas consequências;
 - ii) Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética;
 - jj) Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica;
 - kk) Anomalias do nascimento, independentemente de quando se manifestem de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.
 - ll) Atos praticados por autoridade pública, civil ou militar, exceto os de salvamento.
 - mm) De intercorrências decorrentes de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências.
 - nn) Picadas de insetos;
 - oo) Pandemias e epidemias, conforme declaradas pelos órgãos competentes.
 - pp) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos

- 4.3 Fica expressamente excluída a cobertura securitária, bem como qualquer obrigação de pagamento de indenização por parte da Seguradora, nos casos em que for constatada, a qualquer tempo, a prestação de informações falsas, incompletas, inexatas ou omissas pelo Segurado, seu representante legal ou beneficiário, no momento da contratação do seguro, durante a vigência da apólice ou por ocasião da regulação do sinistro.
- 4.4 **A seguradora não responde pelos efeitos manifestados durante a vigência do contrato quando decorrentes de sinistro ocorridos antes ao início de vigência da apólice, bem como no período posterior ao seu término.**
- 4.5 **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.
 - a.1)** 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.
 - a.2)** 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, a seus sentimentos, à sua dignidade, como também a de sua família.
 - a.2.1)** 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) 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.1)** Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e pode ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.
 - c) Lucros cessantes/perdas e danos/danos emergentes** resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.
 - d) Despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões,** bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas, como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico, etc., são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

- 4.6 **Sob pena de perder a garantia, o segurado não deve agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro, facultando-se à seguradora a cobrança da diferença do prêmio em caso de constatação de tal premissa.**
- 4.7 **O segurado deve comunicar à seguradora relevante agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento. Se a seguradora, devidamente comunicada, anuir com a continuidade da garantia, cobrando ou não prêmio adicional, será afastada a perda da garantia.**
- 4.8 Adicionalmente aos eventos previstos nesta Cláusula, as cláusulas complementares e especiais poderão dispor sobre os Riscos Excluídos específicos de cada cobertura, se for o caso.

5. CONTRATAÇÃO

- 5.1 **A contratação deste seguro deverá ser precedida da entrega de Proposta de Seguro à Seguradora, preenchida e assinada pelo proponente, por seu representante, ou corretor de seguros habilitado que representará o proponente na formação do contrato, na forma da lei.**
- 5.2 A proposta de contratação apresentada conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, com a expressa intenção do 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 e da prestação de todas as informações necessárias ao exame do risco.
- 5.2.1 A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 5.2.2 O simples pedido de cotação à seguradora não equivale à proposta.
- 5.3 Recebida a proposta, seja para seguros novos, renovações, ou para alterações que impliquem modificação do risco, 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.
- 5.4 **A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.**
- 5.5 A seguradora poderá solicitar ao segurado ou ao estipulante a apresentação de documentação de natureza complementar, a prestação de esclarecimentos, bem como a produção de exames periciais, de forma que o prazo para a recusa terá novo início, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial.
- 5.6 O potencial segurado ou o estipulante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio. **NÃO SERÁ ADMITIDA A PRESUNÇÃO DE QUE A SEGURADORA POSSA TER CONHECIMENTO DE FATOS E CIRCUNSTÂNCIAS QUE NÃO CONSTEM DA PROPOSTA DE SEGURO OU QUE NÃO TENHAM SIDO COMUNICADAS POR ESCRITO.**
- 5.6.1 O descumprimento doloso do dever de fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

- 5.6.2 O descumprimento culposo do dever de fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.
- 5.6.3 A prestação de informações inverídicas equipara-se ao descumprimento do dever de informação ora previsto.
- 5.6.4 Se, diante dos fatos não informados ou 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.
- 5.6.5 Risco normalmente não subscrito é aquele que vai contra as regras da política de aceitação da Seguradora. A análise ou impossibilidade de garantia de um risco é de competência exclusiva e interna da Seguradora, de acordo sua política de aceitação, entre eles, mas não se limitando aos aspectos, comerciais, atuariais e técnicos.
- 5.6.6 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. A sanção de perda da garantia será aplicável ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.
- 5.7 Ficará a critério da seguradora a decisão de comunicar expressamente ao proponente sobre a aceitação da proposta. A ausência de manifestação da seguradora sobre a aceitação ou a recusa da proposta, no prazo legal, caracterizará sua aceitação tácita.
- 5.8 Em caso de não aceitação da proposta de contratação, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.
- 5.9 A seguradora poderá garantir provisoriamente o interesse, sem obrigar-se à aceitação definitiva do negócio.
- 5.10 Este seguro poderá ser contratado por pessoas físicas ou jurídicas, desde que comprovem vínculo anterior ao seguro. As pessoas físicas ou jurídicas que contratarem o seguro serão as estipulantes das apólices.
- 5.11 Na hipótese 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 pela seguradora no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, integralmente ou deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, em opção a ser tomada pela seguradora. Nesta situação, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.
- 5.12 No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, a apólice será emitida e enviada ao estipulante no prazo de 15 (quinze) dias.
- 5.13 Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o estipulante deverá solicitar à seguradora, por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês, a contar da data da sua emissão, que sejam

corrigidas as divergências existentes. Decorrido esse prazo, será considerada válida a redação disposta na apólice.

5.14 Despesas incorridas com a contratação são todas aquelas necessárias para que haja a contratação de um seguro, entre elas, mas não se limitando, custos administrativos de pessoas internas e prestadores de serviços externos, custos de sistemas internos e externos, tributos, valores gastos com exames, avaliação médica, entre outros.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO

6.1 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.

7. INCLUSÃO DE SEGURADOS

7.1 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:

7.2 Segurados Principais

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

7.3 Da inclusão de Cônjuge e Filhos

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

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

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

7.3.4 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.

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

7.4 A proposta de adesão para inclusão de segurados e/ou de cônjuges e filhos deve conter todos os elementos essenciais para exame do interesse a ser garantido e do risco, e observará os mesmos requisitos e regras aplicáveis para a contratação do seguro.

8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

- 8.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a vigência do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência, se esta não for renovada.
- 8.2 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 acordadas entre as partes.
- 8.3 A data de início de vigência será a prevista na proposta de contratação e indicada na apólice, quando a proposta for recepcionada sem pagamento de prêmio.
- 8.3.1 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.
- 8.4 Este seguro é contratado por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice no término de sua vigência, sem devolução dos prêmios pagos.
- 8.5 Nos seguros com previsão de renovação automática, a seguradora deverá, em até 30 (trinta) dias antes de seu término, cientificar a parte contratante de sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda fazer para a renovação.
- 8.5.1 O estipulante poderá recusar o novo modelo de contrato a qualquer tempo antes do início de sua vigência, fazendo tal comunicação à seguradora ou simplesmente deixando de efetuar o pagamento da única ou da primeira parcela do prêmio.
- 8.6 A renovação automática do seguro somente poderá ser feita uma única vez, e por igual período, salvo se o estipulante e/ou a seguradora comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, minimamente, 30 (trinta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.
- 8.7 Uma vez renovada automaticamente a apólice, as demais renovações devem ser processadas de forma expressa, de forma que, ainda que inexistia prévia notificação de desinteresse pelas partes, considerar-se-á extinto o contrato ao fim do prazo de vigência.
- 8.8 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, bem como as despesas inerentes à contratação.
- 8.8.1 Não havendo concordância, o estipulante apenas poderá solicitar, unilateralmente, o encerramento prematuro do contrato de seguro, se observado o prazo prévio de 60 (sessenta) dias.
- 8.9 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.
- 8.10 Caberá ao estipulante solicitar à seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do capital segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e aceitação do risco.

8.11 O seguro não será renovado, ainda que automaticamente, caso a seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado pela SUSEP, desde que seja dada ciência ao estipulante em até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento.

8.12 Caso o valor do capital segurado atinja o Limite Técnico que a Seguradora assumiu como de sua responsabilidade, o seguro poderá não ser renovado.

9. VIGÊNCIA DAS COBERTURAS INDIVIDUAIS

9.1 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.

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

9.3 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.

9.4 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.

10. CAPITAL SEGURADO

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

10.2 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.

11. BENEFICIÁRIOS

11.1 É livre a indicação de beneficiário nos seguros sobre a vida e a integridade física, sendo possível ao segurado a alteração da indicação antes feita por ato entre vivos ou, ainda, por declaração de última vontade, salvo se houver renúncia à faculdade ou se o seguro tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

11.2 Na ausência de indicação expressa de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, aplica-se a lei vigente para fins de pagamento da indenização.

11.3 Cabe ao Segurado manter atualizados os seus dados junto à seguradora para fins de observância do(s) beneficiário(s) indicado(s), sob pena de não validação da indicação ou da alteração realizada.

- 11.4 A seguradora, não cientificada da indicação ou da substituição de beneficiário em momento anterior ao evento que resultou no pedido de indenização, será exonerada de sua responsabilidade pagando a indenização em conformidade com a lei vigente e/ou ao beneficiário antes indicado.**
- 11.5 Indicando-se mais de um beneficiário, e não tendo o segurado estabelecido o respectivo percentual do capital segurado correspondente a cada um, a indenização será rateada entre todos em partes iguais.
- 11.6 No caso de beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto na lei.
- 11.7 A pessoa jurídica somente poderá ser beneficiária do seguro se comprovado o legítimo interesse para figurar nessa condição.
- 11.8 Se não houver interrupção do seguro na migração do contrato de uma seguradora para outra, poderá ser considerada válida a indicação de beneficiários antes realizada, se de posse do estipulante ou do corretor de seguros, e desde que não tenha havido mudança de estipulante, interrupção ou alteração do objeto da cobertura. Caso, por algum motivo, tal indicação não seja considerada válida e não ocorra a prévia composição das partes interessadas na via administrativa, a seguradora poderá consignar em juízo a indenização.
- 11.9 Em havendo dúvida sobre a validade ou sobre a vigência da indicação de beneficiário realizada, poderá a seguradora consignar em juízo a indenização.
- 11.10 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado e/ou do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas deverão ser pagos aos demais beneficiários indicados ou, na ausência destes, na forma da lei vigente.
- 11.11 Havendo mais de um beneficiário, e vindo um deles a falecer antes do segurado e/ou do segurado dependente, a quota parte cabível ao beneficiário pré-morto será revertida em favor dos demais beneficiários indicados, observando-se a proporcionalidade indicada.
- 11.12 Não poderá ser a seguradora responsabilizada em razão de o segurado haver indicado beneficiário não dependente financeiro, não remanescendo obrigação legal da companhia de adentrar no exame dessa particularidade.
- 11.13 Havendo controvérsia entre o(s) beneficiário(s) indicado(s) e/ou herdeiro(s) legal(is) acerca: da ocorrência de separação de fato anterior ao óbito do segurado, união estável não reconhecida em cartório ou judicialmente, paternidade/maternidade não reconhecida em cartório ou judicialmente, paternidade/maternidade socioafetiva, dependência financeira, ou sobre outra situação que possa impactar no cálculo de pagamento da indenização; e não havendo documentação suficiente a esclarecer a controvérsia na esfera administrativa, após ser a seguradora devidamente cientificada, bem como não havendo composição prévia das partes interessadas, a seguradora poderá consignar em juízo a indenização.
- 11.14 Em caso de beneficiário e/ou herdeiro legal não habilitado e/ou sonegado durante o procedimento de regulação e liquidação de sinistros, e havendo sido paga a indenização aos beneficiários e/ou herdeiros tidos como legítimos para tanto em momento oportuno, caberá ao(s) interessado(s) promover as medidas legais cabíveis contra aquele(s) que tiverem recebido, suposta e injustamente, em seu nome.

11.15 Não prevalecerá a indicação de beneficiário nas hipóteses de revogação da doação, observados os arts.555, 556 e 557, do Código Civil.

12. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

12.1 O procedimento de regulação e liquidação de sinistro constitui o meio pelo qual a seguradora, após ser comunicada da ocorrência do evento através do competente aviso de sinistro, verifica se este é passível de cobertura e se o segurado ou seu beneficiário, conforme o caso e após a análise de todos os documentos pertinentes, possuem, ou não, direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização correspondente.

12.2 A ocorrência de evento que possa implicar responsabilidade à seguradora pode ser comunicada por qualquer meio idôneo, porém, o procedimento de regulação e apuração de sinistro apenas será formalmente iniciado, para fins legais e de contagem de prazo, após o segurado, segurado dependente, seus representantes ou beneficiários, realizar a assinatura do formulário próprio de aviso de sinistro e fazer o envio de todos os documentos básicos necessários.

12.3 Correm por conta da seguradora todas as despesas com a regulação e a liquidação do sinistro, salvo:

- a) Aquelas realizadas para a apresentação dos documentos predeterminados para comunicação da ocorrência;
- b) Aquelas realizadas para a apresentação dos documentos que se mostrem necessários e pertinentes para a completa e inequívoca comprovação do direito à indenização, cuja necessidade se revele apenas em decorrência dos documentos iniciais ou do processo de regulação;
- c) Aquelas realizadas para prova da identificação e legitimidade do interessado;
- d) Aquelas relacionadas a documentos ordinariamente em poder do interessado;
- e) Aquelas relativas a deslocamentos para a realização de exames e perícias presenciais solicitadas pela seguradora, ou para realização de junta médica;
- f) Aquelas definidas nas condições especiais, particulares e no contrato.

12.4 A execução dos procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da seguradora.

12.5 Em caso de beneficiário e/ou herdeiro legal não habilitado e/ou sonegado durante o procedimento de regulação e liquidação de sinistro, e havendo sido paga a indenização aos beneficiários e/ou herdeiros tidos como legítimos para tanto em momento oportuno, caberá ao(s) interessado(s) promover as medidas legais cabíveis contra aquele(s) que tiverem recebido, suposta e injustamente, em seu nome.

12.6 A seguradora possuirá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre a cobertura acionada, contado da data de apresentação do aviso de sinistro, assinado e preenchido pelo segurado, segurado dependente, seus representantes ou beneficiários, acompanhado de todos os elementos básicos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

12.7 A Relação de Documentos Básicos é parte constante das condições especiais e/ou particulares de cada cobertura. Sem prejuízo da especificidade de cada cobertura, constituem documentos básicos:

- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
- b) Cópia da Certidão de Óbito;
- c) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- d) Cópia da Ficha de Registro de Empregado Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- e) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- f) Termo de rescisão contratual em caso de Morte;
- g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
- h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor

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

- a) Declaração de Únicos herdeiros, na qual é declarado o estado civil do(a) segurado(a), incluindo informações de todos os filhos, inclusive dos filhos falecidos antes do segurado; - Formulário Seguradora (Declaração de Únicos Herdeiros);
- b) Declaração do estipulante, informando inexistência de indicação de beneficiários (Informação no RH da Empresa);

Caso o segurado seja casado:

- a) Certidão de Casamento Atualizada com data de emissão posterior ao óbito do segurado, com as devidas averbações;
- b) Documentos Pessoais do Cônjuge do(a) Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Cônjuge - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);

Caso segurado tenha mantido união estável:

- a) Declaração Pública de União Estável constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- b) Documentos Pessoais do(a) Companheiro(a) do(a) Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do(a) Companheiro(a) - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);

Caso segurado tenha deixado filhos:

- a) Documentos Pessoais dos Filhos do Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- b) Dados Bancários do(s) Filho(s) - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- c) Certidão de óbito dos filhos falecidos;
- d) Em caso de filhos adotados, termo de adoção;

Em caso de filhos menor de 16 anos, encaminhar:

- a) Certidão de Nascimento do menor;
- b) Documentos Pessoais dos Filhos do Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos;
- d) Documentos pessoais do(a) tutor (RG, CPF e Comprovante de Residência),
- e) Dados Bancários do(s) Filho(s) - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);

Caso algum beneficiário seja legalmente incapaz

- a) Termo de Curatela, quando for o caso de interdição;
- b) Termo de tutela, quando for o caso de guarda;
- c) Documentos pessoais do(a) curador(a) e/ou tutor (RG, CPF e Comprovante de Residência), caso algum beneficiário seja legalmente incapaz.

Em caso de morte do segurado por causa acidental, adicionalmente aos documentos relacionados na cobertura de Morte, encaminhar:

- a) Boletim de Ocorrência Policial, quando se tratar de morte acidental;
- b) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente;
- c) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- d) Laudo de Necropsia, se realizado (caso não tenha sido realizado, encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de Morte Acidental;
- e) Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizado (caso não tenha sido realizado encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- f) Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológica, se realizado (caso não tenha sido realizado, encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- g) Relatório do Delegado, peça constante em Inquérito Policial (em caso de inexistência, encaminhar declaração do órgão competente contendo tal informação.), em caso de Morte Acidental;
- h) Termo de Oitiva das Testemunhas, constante em Inquérito Policial (em caso de inexistência, encaminhar declaração do órgão competente contendo tal informação.) em caso de Morte Acidental;
- i) Cópia completa do Prontuário Médico do Segurado, em caso de morte com de internação hospitalar;
- j) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento, em caso de acidente ou doença (em caso de inexistência, encaminhar declaração do órgão competente contendo tal informação.);
- k) Relatório do Samu, em caso de acidente ocorrido em via pública (em caso de inexistência, encaminhar declaração do órgão competente contendo tal informação.);

12.8 Além dos documentos básicos acima elencados, as Condições Especiais e as demais Condições Contratuais poderão dispor, de forma supletiva, a fim de enumerar outros documentos básicos à relação.

12.9 **O prazo de 30 (trinta) dias para análise da cobertura apenas será iniciado após a entrega de todos os documentos básicos.**

- 12.10 A insistência na solicitação de apresentação de todos os documentos básicos previstos nas Condições Gerais, Especiais ou nas demais Condições Contratuais não poderá ser entendida como nova solicitação de documentos, haja vista a previsão contratual prévia e expressa sobre a necessidade desses documentos para o procedimento de regulação e liquidação de sinistro. Em razão de tal premissa, eventual solicitação de documentação complementar será realizada apenas após o envio de todos os documentos básicos.
- 12.11 A documentação básica elencada nas Condições Contratuais não é restritiva. Portanto, para a regulação e liquidação do sinistro, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias para análise da cobertura será suspenso, apenas voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da íntegra da documentação solicitada.
- 12.12 A seguradora não estará obrigada ao pagamento da Indenização nos termos pleiteados quando não houver a apresentação de todos os documentos solicitados, bem como se o segurado deixar de se submeter aos exames solicitados.
- 12.13 Em havendo solicitação da seguradora com vistas à realização de exames e perícias, o prazo de regulação ficará suspenso enquanto não realizado o ato.
- 12.14 Não havendo a apresentação de todos os documentos necessários - básicos ou de natureza complementar, ou, ainda, se o segurado deixar de se submeter aos exames solicitados, **no prazo de 90 (noventa) dias após a notificação para assim proceder**, o pedido de cobertura será recusado por falta de comprovação do direito à cobertura ou de legitimidade, oportunidade a qual será iniciado o prazo de contagem do prazo prescricional, na forma da lei.
- 12.14.1 O segurado, segurado dependente, o beneficiário, ou o representante destes, deverá ser alertado, no início do procedimento de regulação e liquidação de sinistro, acerca das implicações de sua omissão para prática de atos pertinentes à continuidade do processo regulatório na seara administrativa.**
- 12.14.2 Escoado o prazo de 90 (noventa) dias e rejeitado o pedido por ausência de comprovação do direito, o interessado poderá apresentar pedido de reconsideração, se dentro do prazo prescricional para o ajuizamento de ação, pedido o qual suspenderá a contagem do prazo prescricional.**
- 12.14.3 O pedido de reconsideração só acarretará a suspensão da contagem da prescrição em uma única oportunidade, e apenas ensejará a reconsideração da decisão que rejeitou o pedido de indenização por ocasião do procedimento de regulação e liquidação de sinistro se, quando de sua apresentação, a parte interessada apresentar toda a documentação necessária e solicitada, ou, ainda, realizar os exames porventura solicitados.
- 12.14.4 A contagem do prazo prescricional será reiniciada após a decisão da seguradora acerca do pedido de reconsideração, caso esta implique manutenção da posição inicial sobre a rejeição do pedido, ainda que por motivo diverso. Se a decisão for favorável, ensejará a continuidade do processo de regulação e liquidação de sinistro, sem prejuízo de nova decisão sobre o pedido de cobertura.
- 12.14.5 O interessado poderá apresentar novos pedidos de reconsideração; contudo, em relação ao mesmo processo de regulação e liquidação do sinistro, somente o primeiro pedido suspenderá o prazo

prescricional, independentemente de seu resultado. A seguradora não poderá ser responsabilizada pelo escoamento do prazo prescricional enquanto estiver atuando dentro do prazo regulamentar de regulação do sinistro.

- 12.15 Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da seguradora.
- 12.16 **Após reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado.**
- 12.17 Para fins do pagamento da indenização ou do capital estipulado, a seguradora ou o liquidante do sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, desde que lhe seja possível produzi-los. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento será suspenso, apenas voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da íntegra da documentação solicitada.
- 12.18 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.
- 12.19 Para os capitais segurados pagos sob forma de renda, haverá, a partir da data de sua concessão, atualização anual, 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.
- 12.20 A mora da seguradora a sujeitará à multa de 2%, além dos juros legais e da atualização monetária, pelos índices legais, contados a partir da data em que a indenização ou capital segurado deveriam ter sido pagos.
- 12.21 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.
- 12.22 Eventual 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.
- 12.23 Todas as tratativas administrativas junto à Seguradora devem ser realizadas diretamente pelo Segurado; na ausência deste, por seus beneficiários; ou pelo Corretor habilitado. Na hipótese de o contato ser feito por procurador legalmente habilitado e/ou advogado, este deverá portar instrumento de procuração com poderes específicos de representação para atuação no procedimento de regulação e liquidação de sinistro, não podendo, no entanto, assinar declarações de natureza pessoal.
- 12.24 A execução dos procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da seguradora.
- 12.25 Fica ressalvado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.

- 12.26 Não é considerado comum às partes a documentação e/ou informação que contenha segredos e/ou estratégias negociais da Seguradora, capazes de comprometer seu desenvolvimento e a confidencialidade das informações sensíveis.
- 12.27 O pagamento da indenização securitária não está condicionado ao recolhimento de qualquer valor, taxa, depósito, custas processuais ou pagamento antecipado para sua aprovação e/ou liberação em benefício do segurado, do beneficiário e/ou do herdeiro. Cabe ao segurado, beneficiário e/ou herdeiro zelar pela segurança de seus dados e atentar-se para as práticas de fraudes e golpes cada vez mais rotineiros, devendo desconsiderar qualquer tipo de cobrança e imediatamente contatar os canais oficiais da Seguradora.
- 12.28 Sem prejuízo dos prazos decadenciais de comunicação e informação previstos nas condições contratuais, prescreve:
- 12.28.1 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 e restituição de prêmio em seu favor.
- 12.28.2 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.
- 12.28.3 Quando o(s) beneficiário(s) ou terceiro(s) prejudicado(s) também for contratante do seguro, aplica-se o prazo prescricional de 01 (um) ano.

13. CUSTEIO DO SEGURO

- 13.1 Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida por meio do contrato, considerando-se as seguintes possibilidades:
- 13.1.1 **Seguro não contributivo:** aquele em que os segurados não contribuem com o pagamento do prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao estipulante.
- 13.1.2 **Contributivo:** aquele em que os segurados contribuem com o pagamento do prêmio, parcial ou totalmente.
- 13.2 Independentemente da forma de custeio estabelecida, o Estipulante será sempre o responsável exclusivo, junto à seguradora, pelo pagamento do prêmio.

14. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 14.1 O pagamento do prêmio à Seguradora será feito pelo estipulante, nos prazos e forma estabelecidos contratualmente.
- 14.2 A periodicidade e a forma de pagamento dos prêmios serão definidas no contrato do seguro, podendo ser mensal, trimestral, semestral, anual ou fracionado.

- 14.3 O pagamento do prêmio será feito à seguradora por meio da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei, conforme disposto nas condições contratuais.
- 14.4 A data limite para o pagamento do prêmio estará expressa no documento de cobrança emitido pela seguradora.
- 14.5 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.
- 14.6 Para todos os fins e efeitos deste contrato, o estipulante é o único responsável perante a seguradora pelo recolhimento e repasse do prêmio, independentemente da natureza do custeio do seguro (seja ele contributivo, não contributivo ou misto). A quitação do prêmio pelo segurado, segurado dependente ou beneficiário perante o estipulante não pressupõe a quitação junto à seguradora, sendo obrigação exclusiva do estipulante efetuar o repasse tempestivo.
- 14.7 A seguradora reserva-se o direito de, a seu exclusivo critério, incluir em faturas futuras os valores referentes a prêmios vencidos e não pagos, acrescidos dos respectivos encargos de mora (juros, correção e multa) previstos neste contrato.
- 14.8 Toda e qualquer comunicação formal da Seguradora relativa ao pagamento do prêmio, incluindo, mas não se limitando à: constatação de mora, concessão de prazos para purga e ao aviso de suspensão da garantia e notificação de resolução (cancelamento) da apólice, será feita exclusiva e validamente junto ao estipulante, nos termos da legislação vigente.
- 15. INADIMPLENTO DO PRÊMIO, SUSPENSÃO DE GARANTIA E RESOLUÇÃO DO CONTRATO**
- 15.1 **Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.**
- 15.2 A mora relativa à prestação única ou à primeira parcela do prêmio resolve/extingue de pleno direito o contrato, independentemente de interpelação ou notificação prévia.
- 15.3 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, a Seguradora enviará ao Estipulante, ao corretor de seguros, ou ao representante, uma notificação, por qualquer meio idôneo, concedendo-lhe prazo de 15 (quinze) dias para a purgação da mora, advertindo-o de que, não purgada a mora no novo prazo, suspenderá a garantia e não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga, bem como de que, após 90 (noventa) dias da suspensão da garantia, o contrato será resolvido, não havendo necessidade de nova notificação.
- 15.3.1 O prazo de 15 (quinze) dias se inicia com o recebimento da notificação. Caso haja recusa no recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não haja localização no último endereço informado à seguradora, o início de prazo terá início na data da frustração da notificação.

15.4 A purgação da mora (comprovação do pagamento) no prazo de 15 (quinze) dias, a qual deve incluir o pagamento de multa e de juros moratórios, restabelecerá os efeitos da apólice ou do aditivo pelo período inicialmente contratado.

15.4.1 O decurso do prazo de 15 (quinze) dias, sem a purgação da mora, implicará a suspensão da garantia contratual desde a data do inadimplemento, sem prejuízo do crédito da Seguradora ao prêmio.

15.4.2 O prazo para resolução do contrato somente ocorrerá em 90 (noventa) dias após a última notificação feita ao estipulante.

15.4.3 A notificação informando sobre a possível resolução do contrato é dispensada quando a notificação de suspensão da garantia já se preste a advertir para a resolução do contrato no caso de não purgação da mora.

15.4.4 Nos casos de prêmio fracionado ou com periodicidade de pagamento, o pagamento de parcelas subsequentes do prêmio pelo estipulante não impedirá a resolução do contrato pela seguradora, tendo em vista o inadimplemento de parcela anterior, nem implicará renúncia tácita ao seu direito de resolução do contrato de seguro. Poderá a seguradora, porém, a seu exclusivo critério e a qualquer tempo, optar pela convalidação do contrato e manutenção da apólice, mediante comunicação expressa, nos termos da legislação em vigor, e sem prejuízo da cobrança do prêmio no período de suspensão da garantia.

15.4.5 E havendo parcelas em atraso intercaladas com parcelas pagas, será considerada a 1ª (primeira) parcela em atraso para fins de determinação do período de inadimplência, de suspensão de garantia e da resolução do contrato, independentemente de parcelas pagas posteriormente. Ou seja, **ainda que seja feito o pagamento subsequente da parcela em aberto, não se afastará a suspensão e possível cancelamento da apólice.**

15.5 A resolução libera integralmente a seguradora por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir de então, sem prejuízo do crédito da seguradora ao prêmio no período de suspensão da garantia.

15.6 O prêmio pago em atraso deverá ser corrigido monetariamente pelo IPCA, bem como acrescido de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados no período compreendido entre a data de vencimento e a data do efetivo pagamento, e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso.

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

15.8 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 prazo curto especificada a seguir:

Relação % entre a parcela de 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

15.9 Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

15.9.1 Os prazos para suspensão ou a resolução do contrato de seguro somente serão iniciados após o término do período de cobertura correspondente à exata proporção dos prêmios já efetivamente pagos.

15.9.2 A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.

15.9.3 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.

15.10 Mediante acordo entre as partes, o presente seguro somente poderá ser cancelado se observado o aviso prévio de 60 (sessenta) dias. Na hipótese de seguro com custeio contributivo, o cancelamento, ainda que de comum acordo com a parte estipulante, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

15.11 No caso de rescisão total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa do segurado ou com concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

15.11.1 Quando adotado fracionamento de prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do Segurado, a sociedade Seguradora reterá o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto, além dos emolumentos.

15.12 Dentro dos prazos previstos, a seguradora deverá comunicar o estipulante sobre o inadimplemento, a suspensão de garantia e os riscos de resolução do contrato seguro, cabendo ao estipulante, exclusivamente, a responsabilidade de comunicar aos segurados tais ocorrências, isentando a seguradora de qualquer comunicação direta em relação aos segurados ou beneficiários.

16. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS

- 16.1 Fica reservado à seguradora o direito de recalcular o prêmio no final da vigência do contrato de seguro, salvo prazo menor estipulado, caso venha a ocorrer a necessidade de reenquadramento das taxas visando o equilíbrio atuarial do plano.
- 16.2 Havendo necessidade de realização de ajustes no valor do prêmio, a taxa reajustada será aplicada a partir da renovação ou do novo contrato, portanto, da próxima vigência da apólice, salvo prazo menor estipulado no contrato de seguro, desde que comunicado mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias.
- 16.3 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.

17. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 17.1 Neste seguro poderão ser aplicadas carências e franquias, durante as quais, em caso de sinistro, a seguradora não responde pela ocorrência do sinistro. As carências e franquias serão fixadas na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro. Se houver prazo de carência fixado, este não poderá exceder à metade do prazo de vigência do contrato.
- 17.2 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.
- 17.2.1 Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no caput deste artigo.
- 17.3 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.
- 17.4 O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o Seguro

18. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 18.1 A cobertura de cada segurado cessará ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
- 18.2 A cobertura de cada segurado também cessará caso o contrato de seguro seja cancelado durante a sua vigência por acordo entre as partes, observada a lei vigente.
- 18.3 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 de Câncer, se

contratadas as coberturas desses riscos e desde que o capital segurado seja igual ao da cobertura de Morte;

- d) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante, nos planos coletivos;
- e) Com o agravamento intencional do risco e a perda do direito à garantia.
- f) Quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

18.4 Além das disposições 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.

19. DA PERDA DO DIREITO À GARANTIA E DA INOBSERVÂNCIA DE PRAZOS PARA PRESTAR INFORMAÇÕES/COMUNICAÇÕES E PRATICAR ATOS PERTINENTES

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

- a) Omissão por parte do segurado, segurado dependente, estipulante, ou representante, de qualquer destes, no dever de comunicar à Seguradora, tão logo tenha conhecimento, sobre fato ou qualquer situação que possa caracterizar um sinistro ou da iminência de seu acontecimento;
- b) Inobservância de prazos para comunicação do sinistro, acionamento da cobertura, e para a prática de atos visando minorar as consequências do sinistro;
- c) Agravamento intencional do risco coberto ou de implicações/lesões resultantes de um evento que, em primeira análise, estaria coberto, por parte do segurado;
- d) Prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s), pelo contratante do seguro, ou pelo representante legal, de qualquer destes, ou, ainda, se o evento decorreu da prática anterior ou continuada de um ato ilícito, ainda que de forma não imediata;
- e) Dolo, simulação ou prática de fraude por parte do segurado, do segurado dependente, do estipulante ou do corretor no ato da adesão e/ou durante a vigência do contrato, inclusive por ocasião do processo de regulação e liquidação de sinistros;
- f) Fraude consumada ou tentativa de fraude, provocação dolosa de sinistro ou simulação de acidente e/ou agravamento de suas consequências;
- g) Nos seguros estipulados por pessoas jurídicas, a restrição das alíneas acima abrange os sócios controladores, dirigentes e administradores legais, assim como beneficiários ou respectivos representantes;

- h) Declarações inexatas, falsas, incompletas ou omissão de circunstâncias pelo Segurado, seu representante legal ou beneficiário, no momento da contratação do seguro, durante a vigência da apólice ou por ocasião da regulação do sinistro;
 - i) Modificações do local ou do contexto do sinistro, bem como destruição ou alteração de elementos relacionados ao sinistro;
 - j) Constatação de que a causa, exclusiva ou principal do sinistro, corresponda a estados patológicos preexistentes ao início da relação contratual.
- 19.2 No âmbito das apólices de Seguro de Vida e de Integridade Física, por sua natureza e finalidade, não há se falar em Despesas de Salvamento e Resgate.
- 19.3 **As partes deverão ajustar de forma expressa, por ocasião do contrato, prazos decadenciais em relação ao dever do segurado de comunicar qualquer fato e/ou situação que caracterize ou possa caracterizar sinistro, ou agravar o risco coberto, aos quais, se inobservados, implicarão perda de direito. Omitindo-se o contrato, presumir-se-á que o prazo máximo fixado é o de 01 (um) ano.**
- 19.3.1 O prazo contratual máximo de comunicação não afasta o dever do segurado de proceder ao aviso de forma imediata e diligente, nos termos da legislação aplicável, especialmente quando a demora puder agravar o risco ou ampliar os prejuízos. O descumprimento dos deveres previstos nesta cláusula, ainda que observado o prazo contratual de comunicação, poderá implicar, de acordo com a análise do caso:
- I – a perda total do direito à indenização ou ao capital segurado, quando verificado dolo do segurado; ou
 - II – a redução proporcional da indenização, limitada ao prejuízo comprovadamente suportado pela Seguradora, quando constatada culpa do segurado.
- 19.3.2 Sem prejuízo do dever de comunicar qualquer fato e/ou situação que caracterize ou possa caracterizar sinistro, ou agravar o risco coberto, dentro do prazo contratual ajustado, convencionou-se a incidência do mesmo prazo decadencial para acionamento da cobertura quando tal processamento depender da alta médica definitiva ou de outro marco temporal, a contar da alta definitiva ou do marco correspondente.
- 19.4 Incumbe também ao beneficiário, no que couber, o cumprimento das disposições deste artigo, sujeitando-se às mesmas sanções.
- 19.5 **Sob pena de perder a garantia, o segurado não deve agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro, facultando-se à seguradora a cobrança da diferença do prêmio, caso assim entenda**, sem prejuízo da obrigação do segurado de ressarcir as despesas incorridas.
- 19.6 O segurado, o segurado dependente, o estipulante, ou o representante, de qualquer destes, deve comunicar à seguradora relevante agravamento do risco e qualquer fato ou alteração hábil a agravar o risco coberto durante a vigência do seguro, tão logo tome conhecimento. Se a seguradora, devidamente comunicada, anuir com a continuidade da garantia, cobrando ou não prêmio adicional - na forma a seguir descrita, será afastada a perda da garantia.

- 19.6.1 Devidamente cientificada 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.
- 19.6.2 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.
- 19.6.3 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.
- 19.6.4 O segurado que dolosamente descumprir o dever de comunicação previsto no caput da cláusula perde a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.
- 19.6.5 O segurado que culposamente descumprir o dever de comunicação previsto no caput da cláusula 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.
- 19.7 A prática de ilícito criminal pelo segurado que resulte ou viabilize a ocorrência de sinistro, ainda que de forma não imediata, implica na perda de direito à indenização e na extinção do contrato de seguro, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.
- 19.8 A fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro leva à perda pelo infrator do direito à garantia, liberando a seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização.
- 19.9 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.
- 19.10 Implica perda do direito à indenização quando o segurado, o estipulante, o representante, de qualquer destes, ou o corretor de seguros, prestar declarações inexatas ou omitir informações que possam influir na aceitação da proposta de adesão ou no valor do prêmio.
- 19.11 É vedado ao segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.
- 19.11.1 O descumprimento culposos do dever implica obrigação de suportar as despesas acrescidas para a regulação e a liquidação do sinistro.
- 19.11.2 O descumprimento doloso do dever exonera a seguradora do dever de indenizar ou pagar o capital segurado.

19.12 Não haverá direito à indenização securitária, sinistros cuja causa e ou enquadramento de cobertura não forem possíveis de serem apurados e ou concluídos, durante o processo de regulação e liquidação de sinistros.

20. EMBARGOS E SANÇÕES

20.1 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/>
- c) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>
- d) 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>

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

20.2 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 as 24 horas do dia da inclusão até as 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

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

21. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO

21.1 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.

21.1.1 Alternativamente ao critério de utilização, poderá ainda ser estabelecido 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.

21.2 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.

21.2.1 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 o valor da obrigação pecuniária principal.

21.3 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.

22. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

22.1 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.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

23.1 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 do seguro, submetidas à SUSEP.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nas condições contratuais, no contrato e, ainda, na proposta, constituem obrigações do estipulante:

- a) Informar à seguradora o grupo segurável em cada competência;
- b) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- c) Informar a seguradora sobre os 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 atualizadas e fornecer, quando solicitado, as informações cadastrais e documentos pessoais e laborais dos segurados;
- e) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- f) Informar ao segurado sobre as cláusulas do contrato de seguro, sobretudo as limitativas e os prazos contratuais aprazados;
- g) Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- h) Manter o pagamento do prêmio em dia, o capital segurado atualizado, e o fornecimento da documentação para liquidação do sinistro;

- i) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- j) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros, inadimplências de prêmio, suspensões de garantia, cancelamentos, resolução de contrato e não renovação da apólice;
- k) 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;
- l) Comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento do fato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
- m) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- n) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- o) Manter devidamente atualizado o seu endereço perante a seguradora, sob risco de se presumir realizadas as comunicações ao endereço antes informado;
- p) Em caso de seguro com custeio tributário, obter a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, para alteração do contrato para cancelamento unilateral.

- 24.2 Caso a seguradora constate que quaisquer informações prestadas não são verídicas, ou que o grupo segurado seja diferente daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalcular as taxas. Na hipótese de o estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice será cancelada pela seguradora, sendo a parte estipulante responsável por qualquer indenização ao grupo segurado, inclusive ressarcindo a seguradora por qualquer dano que venha a causar.
- 24.3 Caso algum dado da apólice esteja diferente do informado na proposta de contratação, o estipulante poderá solicitar à seguradora, por escrito, a correção das divergências.
- 24.4 Incumbe ao estipulante informar à seguradora os nomes dos proponentes/segurados portadores de deficiência, indicando o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da seguradora.
- 24.5 O Contrato de Seguro poderá dispor sobre limites diferenciados, mínimos e máximos, de idade para ingresso no Seguro, para os casos de migração de apólice de outra seguradora.
- 24.6 Cabe exclusivamente ao estipulante, mandatário legal e único sujeito que tem vínculo anterior com os membros do grupo segurável, a obrigação de prestar informações prévias aos potenciais segurados acerca das condições contratuais quando da formalização da adesão, incluídas as cláusulas limitativas e restritivas de direito previstas na apólice
- 24.7 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.**

25. EXCEDENTE TÉCNICO

- 25.1 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.

26. FORO

- 26.1 Fica eleito o foro do domicílio do segurado, do beneficiário ou da seguradora, conforme o caso, para processamento de quaisquer questões judiciais entre as partes.
- 26.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

27. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 27.1 Este seguro é por prazo determinado, tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.
- 27.2 Os tributos relativos a este seguro serão pagos por quem a lei determinar.
- 27.3 Os valores de capitais segurados e de prêmios são expressos em moeda nacional.
- 27.4 Qualquer direito do segurado ou do(s) beneficiário(s), com fundamento neste seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela lei vigente, bem como podem implicar perda de direito caso inobservados os prazos contratuais.
- 27.5 O segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.
- 27.6 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 27.7 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE (M) e/ou QUALQUER CAUSA (MQC);

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante aos beneficiários e/ou herdeiros do Segurado o pagamento de uma indenização, em caso de falecimento do segurado (acidental e/ou natural), em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do

pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

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, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, quaisquer que sejam suas causas – físicas, psicológicas ou mentais, por exemplo –, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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;**
- 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. CARÊNCIA

- 5.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1 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, e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.
- 6.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.
- 6.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 7.1 Com a ocorrência do evento Morte, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1 Para a cobertura de morte, os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- 8.2 Em caso de morte do segurado por causa natural:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Cópia da Certidão de Óbito;
 - c) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - d) Cópia da Ficha de Registro de Emprego Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
 - e) Cópia dos 3 últimos contracheques;
 - f) Termo de rescisão contratual em caso de Morte;
 - g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.

- h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor

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

- a) Declaração de Únicos herdeiros, na qual é declarado o estado civil do(a) segurado(a), incluindo informações de todos os filhos, inclusive dos filhos falecidos antes do segurado; - Formulário Seguradora (Declaração de Únicos Herdeiros);
- b) Declaração do estipulante, informando inexistência de indicação de beneficiários (Informação no RH da Empresa);

Caso o segurado seja casado:

- a) Certidão de Casamento Atualizada com data de emissão posterior ao óbito do segurado, com as devidas averbações;
- b) Documentos Pessoais do Cônjuge do(a) Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Cônjuge - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);

Caso segurado tenha mantido união estável:

- a) Declaração Pública de União Estável constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- b) Documentos Pessoais do(a) Companheiro(a) do(a) Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do(a) Companheiro(a) - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);

Caso segurado tenha deixado filhos:

- a) Documentos Pessoais dos Filhos do Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- b) Dados Bancários do(s) Filho(s) - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- c) Certidão de óbito dos filhos falecidos;
- d) Em caso de filhos adotados, termo de adoção;

Em caso de filhos menor de 16 anos, encaminhar:

- a) Certidão de Nascimento do menor;
- b) Documentos Pessoais dos Filhos do Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos;
- d) Documentos pessoais do(a) tutor (RG, CPF e Comprovante de Residência),
- e) Dados Bancários do(s) Filho(s) - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);

Caso algum beneficiário seja legalmente incapaz:

- a) Termo de Curatela, quando for o caso de interdição;
- b) Termo de tutela, quando for o caso de guarda;
- c) Documentos pessoais do(a) curador(a) e/ou tutor (RG, CPF e Comprovante de Residência), caso algum beneficiário seja legalmente incapaz.

Em caso de morte do segurado por causa acidental, adicionalmente aos documentos relacionados na cobertura de Morte, encaminhar:

- a) Boletim de Ocorrência Policial, quando se tratar de morte acidental;
 - b) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente;
 - c) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
 - d) Laudo de Necropsia, se realizado (caso não tenha sido realizado, encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de Morte Acidental;
 - e) Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizado (caso não tenha sido realizado encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
 - f) Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológica, se realizado (caso não tenha sido realizado, encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
 - g) Relatório do Delegado, peça constante em Inquérito Policial (em caso de inexistência, encaminhar declaração do órgão competente contendo tal informação.), em caso de Morte Acidental;
 - h) Termo de Oitiva das Testemunhas, constante em Inquérito Policial (em caso de inexistência, encaminhar declaração do órgão competente contendo tal informação.) em caso de Morte Acidental;
 - i) Cópia completa do Prontuário Médico do Segurado, em caso de morte com de internação hospitalar;
 - j) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento, em caso de acidente ou doença (em caso de inexistência, encaminhar declaração do órgão competente contendo tal informação.);
 - k) Relatório do Samu, em caso de acidente ocorrido em via pública (em caso de inexistência, encaminhar declaração do órgão competente contendo tal informação.);
- 8.3 A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar;

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1 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 legal.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 10.1 Este plano de seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em todo globo terrestre desde que o segurado seja residente no Brasil.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE NATURAL (MN)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.2 Esta cobertura, desde que contratada, garante aos beneficiários e/ou herdeiros do Segurado o pagamento de uma indenização, em caso de falecimento do segurado por causas naturais, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 **Considerando as características desta cobertura, o Acidente Pessoal e o Suicídio, definidos conforme abaixo, não estão cobertos.**

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, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, quaisquer que sejam suas causas – físicas, psicológicas ou mentais, por exemplo –, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares**

que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- 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, por causas naturais, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro, bem como o acidente pessoal e o suicídio.

5. CARÊNCIA

- 5.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

6. CAPITAL SEGUADO

- 6.1 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 natural, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora, e e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.
- 6.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.
- 6.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 7.1 Com a ocorrência do evento Morte Natural, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1 Para a cobertura de morte natural, os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Cópia da Certidão de Óbito;

- c) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- d) Cópia da Ficha de Registro de Empregado Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- e) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- f) Termo de rescisão contratual em caso de Morte;
- g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação;
- h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor.

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

- a) Declaração de Únicos herdeiros, na qual é declarado o estado civil do(a) segurado(a), incluindo informações de todos os filhos, inclusive dos filhos falecidos antes do segurado; - Formulário Seguradora (Declaração de Únicos Herdeiros);
- b) Declaração do estipulante, informando inexistência de indicação de beneficiários (Informação no RH da Empresa);

Caso o segurado seja casado:

- a) Certidão de Casamento Atualizada com data de emissão posterior ao óbito do segurado, com as devidas averbações;
- b) Documentos Pessoais do Cônjuge do(a) Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Cônjuge - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);

Caso segurado tenha mantido união estável:

- a) Declaração Pública de União Estável constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- b) Documentos Pessoais do(a) Companheiro(a) do(a) Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do(a) Companheiro(a) - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);

Caso segurado tenha deixado filhos:

- a) Documentos Pessoais dos Filhos do Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- b) Dados Bancários do(s) Filho(s) - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- c) Certidão de óbito dos filhos falecidos;
- d) Em caso de filhos adotados, termo de adoção;

Em caso de filhos menor de 16 anos, encaminhar:

- a) Certidão de Nascimento do menor;
- b) Documentos Pessoais dos Filhos do Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);

- c) Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos;
- d) Documentos pessoais do(a) tutor (RG, CPF e Comprovante de Residência),
- e) Dados Bancários do(s) Filho(s) - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);

Caso algum beneficiário seja legalmente incapaz:

- a) Termo de Curatela, quando for o caso de interdição;
- b) Termo de tutela, quando for o caso de guarda;
- c) Documentos pessoais do(a) curador(a) e/ou tutor (RG, CPF e Comprovante de Residência), caso algum beneficiário seja legalmente incapaz.

8.2 A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1 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 legal.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO

10.1 Este de seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em todo globo terrestre desde que o segurado seja residente no Brasil.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA) e/ou INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante aos beneficiários e/ou herdeiros do Segurado o pagamento de uma indenização, em caso de falecimento do segurado em decorrência de causas acidentais, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

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

- 2.2 **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:

2.2.1 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.

2.2.2 Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, quaisquer que sejam suas causas – físicas, psicológicas ou mentais, por exemplo –, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares

que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 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 SEGUADO

- 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, e e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.
- 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 Com a ocorrência do evento coberto, 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, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Cópia da Certidão de Óbito;
 - c) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - d) Cópia da Ficha de Registro de Emprego Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
 - e) Cópia dos 3 últimos contracheques;
 - f) Termo de rescisão contratual em caso de Morte;
 - g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação;
 - h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;

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

- a) Declaração de Únicos herdeiros, na qual é declarado o estado civil do(a) segurado(a), incluindo informações de todos os filhos, inclusive dos filhos falecidos antes do segurado; - Formulário Seguradora (Declaração de Únicos Herdeiros);
- b) Declaração do estipulante, informando inexistência de indicação de beneficiários (Informação no RH da Empresa).

Caso o segurado seja casado:

- a) Certidão de Casamento Atualizada com data de emissão posterior ao óbito do segurado, com as devidas averbações;
- b) Documentos Pessoais do Cônjuge do(a) Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Cônjuge - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora).

Caso segurado tenha mantido união estável:

- a) Declaração Pública de União Estável constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- b) Documentos Pessoais do(a) Companheiro(a) do(a) Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do(a) Companheiro(a) - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora).

Caso segurado tenha deixado filhos:

- a) Documentos Pessoais dos Filhos do Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- b) Dados Bancários do(s) Filho(s) - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- c) Certidão de óbito dos filhos falecidos;
- d) Em caso de filhos adotados, termo de adoção.

Em caso de filhos menor de 16 anos, encaminhar:

- a) Certidão de Nascimento do menor;
- b) Documentos Pessoais dos Filhos do Segurado(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos;
- d) Documentos pessoais do(a) tutor (RG, CPF e Comprovante de Residência),
- e) Dados Bancários do(s) Filho(s) - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora).

Caso algum beneficiário seja legalmente incapaz:

- a) Termo de Curatela, quando for o caso de interdição;
- b) Termo de tutela, quando for o caso de guarda;
- c) Documentos pessoais do(a) curador(a) e/ou tutor (RG, CPF e Comprovante de Residência), caso algum beneficiário seja legalmente incapaz.

Em caso de morte do segurado por causa accidental, adicionalmente aos documentos relacionados na cobertura de Morte, encaminhar:

- a) Boletim de Ocorrência Policial, quando se tratar de morte accidental;
 - b) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente;
 - c) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
 - d) Laudo de Necropsia, se realizado (caso não tenha sido realizado, encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de Morte Accidental;
 - e) Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizado (caso não tenha sido realizado encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
 - f) Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológica, se realizado (caso não tenha sido realizado, encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
 - g) Relatório do Delegado, peça constante em Inquérito Policial (em caso de inexistência, encaminhar declaração do órgão competente contendo tal informação.), em caso de Morte Accidental;
 - h) Termo de Oitiva das Testemunhas, constante em Inquérito Policial (em caso de inexistência, encaminhar declaração do órgão competente contendo tal informação.) em caso de Morte Accidental;
 - i) Cópia completa do Prontuário Médico do Segurado, em caso de morte com de internação hospitalar;
 - j) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento, em caso de acidente ou doença (em caso de inexistência, encaminhar declaração do órgão competente contendo tal informação.);
 - k) Relatório do Samu, em caso de acidente ocorrido em via pública (em caso de inexistência, encaminhar declaração do órgão competente contendo tal informação).
- 7.2 A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar;

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 legal.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre desde que o segurado possua residência no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na Tabela do Item 3.6, em caso de invalidez permanente por acidente referente 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, desde que não se trate de risco excluído ou seja constatada perda de direito.
- 1.2 A invalidez permanente por acidente, total ou parcial, quando se tratar de redução funcional, deve ser avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento (incluindo o processo de fisioterapia, quando este for necessário), de forma que a indenização será limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e calculada de acordo com a Tabela do Item 3.6, observadas as demais condições contratuais.
- 1.3 Para fins deste seguro, considera-se invalidez permanente por acidente, total ou parcial, a redução funcional para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis quando da apresentação do pedido de cobertura, devendo tais premissas constar certificadas por meio de documento(s) médico(s) firmado(s) por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

- b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento accidental 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.

2.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, quaisquer que sejam suas causas, sejam elas físicas, psicológicas ou mentais, por exemplo, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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. DOS REQUISITOS PARA CARACTERIZAÇÃO DE RISCO COBERTO

- 3.1 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração ou laudo médico subscrito por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e que tenha acompanhado o segurado durante seu tratamento, bem como por exames compatíveis com a situação que demonstrem, objetivamente, alterações traumáticas com nexo causal accidental.
- 3.2 A certificação da alta médica definitiva e a inexistência de tratamentos médicos terapêuticos disponíveis também devem observar os mesmos requisitos do Item 3.1.
- 3.3 A verificação de invalidez e as avaliações médico-periciais para avaliação de dano funcional e/ou estabelecimento de nexo causal exigem a realização de análise médica presencial, na forma fixada pelo Conselho Federal de Medicina, devendo tal premissa, obrigatoriamente, constar do documento médico porventura emitido.
- 3.4 Na falta de materialidade sobre a extensão e/ou grau da invalidez, ou da cobertura, em si, a seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame médico presencial para comprovação e/ou avaliação do nível e extensão da incapacidade.
- 3.5 A seguradora não estará obrigada a pagar a indenização ou a dar prosseguimento no procedimento de regulação e liquidação quando o segurado se recusar a se submeter a eventuais exames solicitados, ou

quando este (ou o seu beneficiário, conforme for o caso), não apresentar os documentos solicitados, indispensáveis à comprovação da verificação do sinistro, ou de sua extensão.

- 3.6 Em havendo solicitação da seguradora com vistas à realização de exames e perícias, o prazo de regulação ficará suspenso enquanto não realizado o ato.
- 3.7 Não havendo a apresentação de todos os documentos necessários - básicos ou de natureza complementar, ou, ainda, se o segurado deixar de se submeter aos exames solicitados, no prazo de 90 (noventa) dias após a notificação para assim proceder, o pedido de cobertura será rejeitado por ausência de comprovação do direito, oportunidade a qual será iniciado o prazo de contagem do prazo prescricional, na forma da lei.
- 3.8 Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas, como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico, etc., são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

4. DO CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

4.1 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 O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-úlnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros	25
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	06
	- menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
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 próprio da tabela.		
DIVERSAS	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:	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	- Ectrópio unilateral	03
	- Ectrópio bilateral	06
	- Entrópio unilateral	07
	- Entrópio bilateral	14
	- 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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	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
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDÔMEM (ÓRGÃO E VÍCERAS)	
	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

4.2 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. Isto é: o valor a ser pago ao segurado será determinado multiplicando-se a porcentagem de indenização estabelecida na tabela do seguro para a perda total daquele membro ou órgão pela porcentagem exata da perda de função constatada pelo laudo médico.

- 4.3 Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado somente 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, sem prejuízo da disposição anterior.
- 4.4 **Nas hipóteses não especificadas na tabela acima, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.**
- 4.5 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro e/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.
- 4.6 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro e/ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 4.7 A perda ou agravamento 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, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

5. PRAZO PARA COMUNICAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1 **Omitindo-se o contrato sobre a fixação de prazo em relação ao dever do segurado de comunicar qualquer fato e/ou situação que caracterize ou possa caracterizar sinistro, ou agravar o risco coberto, presumir-se-á que o prazo máximo é o de 120 (cento e vinte dias). A inobservância do prazo implicará na perda do direito.**
- 5.2 Sem prejuízo do dever de comunicar qualquer fato e/ou situação que caracterize ou possa caracterizar sinistro, ou agravar o risco coberto, dentro do prazo contratual ajustado, convencionou-se a incidência do mesmo prazo decadencial para acionamento da cobertura quando tal processamento depender da alta médica definitiva ou de outro marco temporal, a contar da alta médica definitiva ou do marco análogo.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

- 6.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):**
- a) **Fraude consumada ou tentativa de fraude simulando acidente e/ou agravando as suas consequências;**
 - 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 microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc;
- e) Doenças, moléstias ou patologias, inclusive as profissionais, e incluído o Acidente Vascular Cerebral (AVC), quaisquer que sejam suas causas, e as suas consequências, ainda que o evento tenha sido provocado ou desencadeado por um Acidente Pessoal;
- f) Eventos causados pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei ou regulamento aplicável;
- g) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- h) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- i) O parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.
- j) Intercorrências decorrentes de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- k) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- l) Os envenenamentos, provocados pela própria parte, ainda que acidentais, por absorção de substâncias ou entorpecentes;
- m) Quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto;
- n) A prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- o) Os acidentes ocorridos face o agravamento de risco em decorrência direta ou indireta de quaisquer alterações mentais e/ou psicológicas consequentes do uso de álcool, drogas, entorpecentes, substâncias tóxicas ou uso indevido de medicamentos;
- p) Os acidentes ocorridos em decorrência de qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- q) Os acidentes ocorridos em decorrência da condução de veículos sem a adequada habilitação;
- r) Doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- s) Perda de dentes e danos estéticos.

6.1.1 Também implica risco excluído, ocasionando também a perda de direito, o abandono e/ou não realização do tratamento médico adequado.

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

7. CAPITAL SEGUADO

7.1 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, e e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.

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

7.3 As indenizações pelas Coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. 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.

7.4 Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1 Com o pagamento de 100% do capital segurado contratado para cobertura, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1 O beneficiário desta cobertura é o segurado(a) sinistrado(a).

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:

- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
- b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- d) Boletim de Ocorrência Policial;
- e) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- f) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar do segurado, pós ocorrência do acidente;
- g) Relatório do Samu, em caso de acidente ocorrido em via pública;
- h) ASO – Atestado de Saúde Ocupacional referente ao retorno ao trabalho;
- i) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito automobilístico em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;

- k) Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizado (caso não tenha sido realizado encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- l) Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológica, se realizado (caso não tenha sido realizado, encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- m) Cópia da Ficha de Registro de Empregado Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- n) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- o) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação;
- p) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- q) Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, com as devidas datas de concessão, quando for o caso;
- r) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
- s) Laudo médico emitido por especialista em ortopedia informando detalhadamente a redução funcional apresentada, detalhando suas limitações funcionais;
- t) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento (esse documento é o referente ao primeiro atendimento prestado ao segurado);
- u) Cópia completa do Prontuário Médico Hospitalar em caso de Internação, Cirurgia ou Tratamento realizado (esse documento deve ser solicitado ao hospital ao qual o segurado fez seu tratamento e/ou procedimento médico);
- v) Relatório médico do médico especialista, informando as lesões sofridas na ocasião do acidente;
- w) Relatório Médico informando tratamentos realizados, evolução e prognóstico de recuperação;
- x) Relatório Médico formalizando a data da alta médica definitiva, data essa a qual o segurado encerrou seu tratamento de fisioterápico em busca de melhora funcional;
- y) Relatório Médico emitido por especialista em ortopedia, relatando o qual de redução funcional do membro lesionado apresentado pelo segurado, detalhando seu respectivo exame contralateral;
- z) Cópia legível dos exames de imagem (Tomografia, Raio-X e Ressonância Magnética) com a devida identificação (data e nome) na película, que comprovem a fratura sofrida;
- aa) Exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os exames que contenham fotos ou imagens de raios X;
- bb) Relatório médico detalhado sobre o tratamento realizado de fisioterapia, detalhando a quantidade de sessões;
- cc) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado;
- dd) Documentos pessoais do(a) curador(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência), quando for o caso.

11. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 11.1 **As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente são de responsabilidade do próprio segurado**, inclusive aquelas relativas à realização de exames e perícias, a deslocamentos para realização de atos presenciais – inclusive aqueles solicitados pela seguradora, ou para realização de junta médica.
- 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 Na hipótese de divergência sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, ou sobre a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, dentro do prazo de quinze dias, a contar da data da contestação, a possibilidade de instauração e constituição de junta médica, constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.
- 12.2 A inobservância do prazo para solicitação de instauração e constituição de junta médica fará precluir o direito do segurado. Para além disso, uma vez solicitada, o segurado deverá indicar o seu médico dentro do prazo fixado, diligência sem a qual também fará precluir o seu direito.
- 12.3 **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.**
- 12.4 **A demora para indicação do médico desempatador imputável ao segurado implicará perda do direito à realização do ato.**
- 12.5 **Não haverá ressarcimento de eventuais despesas suportadas para a instauração e constituição da junta médica, independentemente de seu resultado.**
- 12.6 O não comparecimento de um dos médicos deverá ser registrado em ata pelos médicos presentes, responsabilizando-se a parte responsável pela indicação do médico faltante pelas despesas da nova instauração, inclusive quanto aos honorários dos demais médicos.
- 12.7 O não comparecimento do segurado será registrado em ata pelos médicos e ensejará a perda do direito à realização do ato.

13. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 13.1 Não se aplica para esta cobertura.

14. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 14.1 Este de seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em todo globo terrestre desde que o segurado seja residente no Brasil.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO DE MEMBROS (IPAM)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, de acordo com os percentuais constantes na tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez

permanente por acidente para cálculo da indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros, 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. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

2.1 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:

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) 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.

2.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, quaisquer que sejam suas causas – físicas, psicológicas ou mentais, por exemplo –, 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 O CAPITAL SEGURO
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
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-úlnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros	25
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	06
	- menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
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.		
DIVERSAS	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 unilateral	03
	- Má oclusão palpebral bilateral	06
	- Ptose palpebral unilateral	05

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	- 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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	- Com redução em grau médio da função respiratória	50
	- Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍCERAS)	
	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

- 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 agravamento 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. MAJORAÇÃO DE MEMBROS

- 4.1 Consiste na possibilidade do segurado majorar os percentuais de indenização parcial para 100% (cem por cento), conforme indicado nas condições contratuais do seguro.
- 4.2 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 metacarpião de 25% (vinte e cinco por cento) para 100% (cem por cento);
 - d) Perda total de um dos polegares, exclusive o metacarpião 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).
- 4.3 A indicação dos órgãos/membros na proposta de contratação será submetida às regras de análise e aceitação do risco.
- 4.4 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.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1 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.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1 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 e constará na proposta de contratação, apólice e certificado individual.
- 6.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.
- 6.3 No caso de invalidez permanente parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 6.4 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.
- 6.5 Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 7.1 Com o pagamento de 100% do capital segurado contratado para cobertura, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1 O beneficiário desta cobertura é o segurado(a) sinistrado(a).

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) Boletim de Ocorrência Policial;
 - e) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
 - f) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar do segurado, pós ocorrência do acidente;
 - g) Relatório do Samu, em caso de acidente ocorrido em via pública;

- h) ASO – Atestado de Saúde Ocupacional referente ao retorno ao trabalho;
- i) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito automobilístico em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- k) Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizado (caso não tenha sido realizado encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- l) Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológica, se realizado (caso não tenha sido realizado, encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- m) Cópia da Ficha de Registro de Emprego Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- n) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- o) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
- p) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor
- q) Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, com as devidas datas de concessão, quando for o caso;
- r) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
- s) Laudo médico emitido por especialista em ortopedia informando detalhadamente a redução funcional apresentada, detalhando suas limitações funcionais;
- t) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento (esse documento é o referente ao primeiro atendimento prestado ao segurado);
- u) Cópia completa do Prontuário Médico Hospitalar em caso de Internação, Cirurgia ou Tratamento realizado (esse documento deve ser solicitado ao hospital ao qual o segurado fez seu tratamento e/ou procedimento médico);
- v) Relatório médico do médico especialista, informando as lesões sofridas na ocasião do acidente;
- w) Relatório Médico informando tratamentos realizados, evolução e prognóstico de recuperação;
- x) Relatório Médico formalizando a data da alta médica definitiva, data essa a qual o segurado encerrou seu tratamento de fisioterápico em busca de melhora funcional;
- y) Relatório Médico emitido por especialista em ortopedia, relatando o qual de redução funcional do membro lesionado apresentado pelo segurado, detalhando seu respectivo exame contralateral;
- z) Cópia legível dos exames de imagem (Tomografia, Raio-X e Ressonância Magnética) com a devida identificação (data e nome) na película, que comprovem a fratura sofrida;
- aa) Exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os exames que contenham fotos ou imagens de raios X;
- bb) Relatório médico detalhado sobre o tratamento realizado de fisioterapia, detalhando a quantidade de sessões;
- cc) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado;
- dd) Documentos pessoais do(a) curador(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência), quando for o caso.

9.2 A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos

complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar;

10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 10.1 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.
- 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. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 12.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, desde que contratada, **garante ao Segurado o pagamento de uma indenização**, 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, 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 total quando da alta médica definitiva, durante a vigência da cobertura, limitado ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições

contratuais. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independentemente 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:

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) 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.

2.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, quaisquer que sejam suas causas – físicas, psicológicas ou mentais, por exemplo –, 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 O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	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, observadas as demais disposições destas Condições Especiais e constará na proposta de contratação, apólice e certificado individual.
- 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. BENEFICIÁRIOS

- 6.1 O beneficiário desta cobertura é o segurado(a) sinistrado(a).

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 7.1 Com o pagamento de 100% do capital segurado contratado para cobertura, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

8. Liquidação de Sinistros

- 8.1 **Para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:**
 - a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) Boletim de Ocorrência Policial;
 - e) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
 - f) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar do segurado, pós ocorrência do acidente;
 - g) Relatório do Samu, em caso de acidente ocorrido em via pública;
 - h) ASO – Atestado de Saúde Ocupacional referente ao retorno ao trabalho;
 - i) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;

- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito automobilístico em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- k) Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizado (caso não tenha sido realizado encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- l) Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológica, se realizado (caso não tenha sido realizado, encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- m) Cópia da Ficha de Registro de Empregado Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- n) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- o) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação;
- p) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- q) Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, com as devidas datas de concessão, quando for o caso;
- r) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
- s) Laudo médico emitido por especialista em ortopedia informando detalhadamente a redução funcional apresentada, detalhando suas limitações funcionais;
- t) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento (esse documento é o referente ao primeiro atendimento prestado ao segurado);
- u) Cópia completa do Prontuário Médico Hospitalar em caso de Internação, Cirurgia ou Tratamento realizado (esse documento deve ser solicitado ao hospital ao qual o segurado fez seu tratamento e/ou procedimento médico);
- v) Relatório médico do médico especialista, informando as lesões sofridas na ocasião do acidente;
- w) Relatório Médico informando tratamentos realizados, evolução e prognóstico de recuperação;
- x) Relatório Médico formalizando a data da alta médica definitiva, data essa a qual o segurado encerrou seu tratamento de fisioterápico em busca de melhora funcional;
- y) Relatório Médico emitido por especialista em ortopedia, relatando o qual de redução funcional do membro lesionado apresentado pelo segurado, detalhando seu respectivo exame contralateral;
- z) Cópia legível dos exames de imagem (Tomografia, Raio-X e Ressonância Magnética) com a devida identificação (data e nome) na película, que comprovem a fratura sofrida;
- aa) Exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os exames que contenham fotos ou imagens de raios X;
- bb) Relatório médico detalhado sobre o tratamento realizado de fisioterapia, detalhando a quantidade de sessões;
- cc) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado;
- dd) Documentos pessoais do(a) curador(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência), quando for o caso.

8.2 A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares.

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 9.1 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.
- 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. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 11.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (AED)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização referente ao capital segurado contratado 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 relacionadas nesta condição. Considerando ainda a análise do pagamento do

prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

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 60º; 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 sobrevida, 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 à 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 SEGUADO

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; e constará na proposta de contratação, apólice e certificado individual.

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. 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, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:

- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
- b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
- e) Cópia da Ficha de Registro de Empregado frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação;
- h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- i) Relatório do médico assistente que acompanha o tratamento do segurado, com firma reconhecida;
- j) Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- k) Detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível, decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal, que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado;
- l) 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;
- m) Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante;
- n) O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante;
- o) Cópia completa do prontuário médico hospitalar em caso de cirurgia ou tratamento realizado;
- p) Cópia de todos os laudos e exames realizados que apontaram o diagnóstico da doença;
- q) Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, com as devidas datas de concessão, quando for o caso;
- r) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;

- s) Cópia completa do Prontuário Médico Hospitalar em caso de Internação, Cirurgia ou Tratamento realizado (esse documento deve ser solicitado ao hospital ao qual o segurado fez seu tratamento e/ou procedimento médico);
 - t) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado (original), quando for o caso;
 - u) Documentos pessoais do(a) curador(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - v) Relatório Médico informando tratamentos realizados, evolução e prognóstico de recuperação;
 - w) Exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a doença. Deverão ser encaminhados bem como os exames de imagens;
 - x) Cópia do Laudo Anatomopatológico, quando se tratar de tumores, doenças infecciosas e autoimunes;
 - y) Cópia do Laudo histopatológico, se realizado;
- 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.
- 8.5. A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar.

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. ÂMBITO GEOGRÁFICO

11.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, caso o segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, observadas as demais condições contratuais. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):

2.1.1. **Agravo Mórbito:** piora de uma doença.

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

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

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

2.1.4. **Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

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

- 2.1.6. **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 2.1.7. **Dados Antropométricos:** peso e altura do indivíduo.
- 2.1.8. **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.1.9. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.1.10. **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.1.11. **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.1.12. **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.1.13. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.1.14. **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.1.15. **Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do indivíduo com o meio externo.
- 2.1.16. **Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.1.17. **Médico Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.1.18. **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.1.19. **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.1.20. **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.1.21. **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade de o organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.1.22. **Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

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

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

2.1.25. **Transferência Corporal:** capacidade do indivíduo se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico de incapacidade, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Este quadro clínico de incapacidade deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item “Liquidação de Sinistros” destas Condições Especiais.

3.2. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, provenientes exclusivamente de doenças:

3.2.1. 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 60º; ou
- d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

3.2.2. 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.

3.2.3. 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 sobrevida, cuja consequência esperada é o óbito.

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

- a) Entende-se por alienação mental: distúrbio mental ou neuromental grave e persistente no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, acarrete em alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho, bem como, estar na qualificação de curatelado(a) em caráter definitivo.

3.2.5. Insuficiência cardíaca refrataria 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 à atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada por exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

3.2.6. 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.

3.2.7. Perda de existência independente do Segurado:

3.2.7.1. Entende-se por perda de existência independente do Segurado, aquele(a) 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.

3.2.8. Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares:

- 3.2.8.1. 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.

3.2.9. Doenças do aparelho locomotor:

- 3.2.9.1. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal.

3.3. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, anexo a esta Condição Especial, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.3.1. O IAIF é composto por dois documentos:

3.3.1.1. O primeiro documento (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).

- a) 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.
- b) Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- c) Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

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

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

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

3.5. A constatação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, conforme definida no subitem 1.1, será feita por declaração médica, subscrita por profissional habilitado na especialização da doença, e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

3.6. 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, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade 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 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.

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 Funcional Permanente e Total por Doença, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora; e constará na proposta de contratação, apólice e fatura.
- 5.2. Uma vez pago o Capital Segurado referente a esta cobertura, o seguro do Segurado Principal estará automaticamente cancelado.
- 5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.
- 5.4. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

6. CARÊNCIA

- 6.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. 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 Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.
- 7.2. Não estando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
 - e) Cópia da Ficha de Registro de Empregado frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
 - f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
 - g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação;

- h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
 - i) Relatório do médico assistente que acompanha o tratamento do segurado, com firma reconhecida: indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível, decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal, que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado;
 - j) 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;
 - k) Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante;
 - l) O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante;
 - m) Cópia completa do prontuário médico hospitalar em caso de cirurgia ou tratamento realizado;
 - n) Cópia de todos os laudos e exames realizados que apontaram o diagnóstico da doença;
 - o) Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, com as devidas datas de concessão, quando for o caso;
 - p) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
 - q) Cópia completa do Prontuário Médico Hospitalar em caso e Internação, Cirurgia ou Tratamento realizado (esse documento deve ser solicitado ao hospital ao qual o segurado fez seu tratamento e/ou procedimento médico);
 - r) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado (original), quando for o caso;
 - s) Documentos pessoais do(a) curador(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - t) Relatório Médico informando tratamentos realizados, evolução e prognóstico de recuperação;
 - u) Exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a doença. Deverão ser encaminhados bem como os exames de imagens;
 - v) Cópia do Laudo Anatomopatológico, quando se tratar de tumores, doenças infecciosas e autoimunes;
 - w) Cópia do Laudo histopatológico, se realizado.
- 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.
- 8.5. A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos

complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar;

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela 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. ÂMBITO GEOGRÁFICO

11.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD) - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	1º grau: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; anda 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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do segurado com o cotidiano	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 saudável; 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) comprovada(s) 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 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 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 diário, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diária.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do segurado interfere na análise da morbilidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40.	02

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve reaparecimento de doença algum tempo depois de um acometimento, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 (dois) 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 sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.	08

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILPD)

1 OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização, caso o segurado venha ter de sua invalidez laborativa permanente e total decorrente de doença profissional do segurado contraída no exercício da atividade profissional, e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), observadas as demais condições contratuais. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.
- 1.2. É considerada invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.
- 1.3. Não podem figurar como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença profissional, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da sociedade seguradora.

2 DEFINIÇÕES

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

3 RISCOS COBERTOS

- 3.1 Para fins desta cobertura, entende-se por invalidez laborativa permanente e total por doença profissional aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos

terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

- 3.2 A atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença, que acarretou a sua invalidez.
- 3.3 Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 3.4 Paciente em fase terminal é o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, sem perspectiva de recuperação, e que apresente uma expectativa de morte em até 6 (seis) meses da data do diagnóstico, atestada por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia e acompanhada dos exames médicos realizados, comprobatórios da doença.
- 3.5 A constatação da Invalidez Laborativa Permanente Total por doença profissional, será feita por declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na especialização da doença
- 3.6 Estão expressamente cobertas as doenças relacionadas com o trabalho, conforme listagem oficial instituída pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº 1339/GM de 18 de novembro de 1999.
- 3.7 Além da comprovação médica, se faz necessário a comprovação da aposentadoria do segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por doença profissional que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data do início de vigência da cobertura e que o segurado seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

4 RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:
 - a) Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal.

5 CAPITAL SEGUADO

- 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 Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora; e deverá constar na proposta de contratação, apólice e certificado individual.
- 5.2 Uma vez pago o Capital Segurado referente a esta cobertura, o seguro do Segurado Principal estará automaticamente cancelado.

5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez laborativa permanente e total indicada na declaração médica.

5.4 Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

6 CARÊNCIA

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. 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 Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7.2 Não estando comprovada a invalidez laborativa permanente e total por doença profissional, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

8 BENEFICIÁRIOS

8.1 O beneficiário desta cobertura é o segurado principal.

9 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1 Para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional (ILPD), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:

- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
- b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
- e) Cópia da Ficha de Registro de Emprego frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação;
- h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- i) Relatório do médico assistente que acompanha o tratamento do segurado, com firma reconhecida: indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e Detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível, decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal, que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado;
- j) 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;

- k) Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante;
 - l) O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante;
 - m) Cópia completa do prontuário médico hospitalar em caso de cirurgia ou tratamento realizado;
 - n) Cópia de todos os laudos e exames realizados que apontaram o diagnóstico da doença;
 - o) Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, com as devidas datas de concessão;
 - p) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
 - q) Cópia completa do Prontuário Médico Hospitalar em caso de Internação, Cirurgia ou Tratamento realizado (esse documento deve ser solicitado ao hospital ao qual o segurado fez seu tratamento e/ou procedimento médico);
 - r) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado (original), quando for o caso;
 - s) Documentos pessoais do(a) curador(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - t) Relatório Médico informando tratamentos realizados, evolução e prognóstico de recuperação;
 - u) Exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a doença. Deverão ser encaminhados bem como os exames de imagens;
 - v) Cópia do Laudo Anatomopatológico, quando se tratar de tumores, doenças infecciosas e autoimunes;
 - w) Cópia do Laudo histopatológico, se realizado.
- 9.2 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.
- 9.3 A seguradora reserva-se o direito de não considerar quaisquer resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.
- 9.4 Reconhecida a invalidez laborativa permanente e total por doença profissional pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.
- 9.5 A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar.

10 DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 10.1 As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez laborativa permanente e total por doença profissional 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 ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 12.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

13 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE QUALQUER CAUSA (MQC) ou MORTE ACIDENTAL (MA)

1 OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviços de assistência funeral ou o reembolso das despesas realizadas com o funeral do segurado(a), em caso de falecimento decorrente de causas naturais e/ou acidentais, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2 DEFINIÇÕES

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

3 RISCOS COBERTOS

- 3.1 O serviço de assistência funeral, poderá ser contratado:
- 3.1.1 **Plano individual:** a todos os segurados principais.
 - 3.1.2 **Plano Familiar:** a todos os segurados principais e dependentes.
 - 3.1.3 **Plano Familiar extensivo:** a todos os segurados principais, dependentes e seus pais e/ou sogros.
- 3.2 Para fins desta cobertura, entende-se:

3.2.1 Serviços de Assistência Funeral:

3.2.2 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).

3.2.3 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.

3.2.4 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.

3.2.5 Quando houver a opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não haverá direito a qualquer reembolso das despesas.

3.3 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.
- j) O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo após o sepultamento.
- k) 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.
- l) **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.
- m) **Urna/Caixão:** O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.
- n) **Velório:** O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.

3.4 Reembolso das despesas com funeral:

- 3.4.1 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.
- 3.4.2 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 Assistência Funeral por Morte:

- a) **Traslado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município onde a cremação possa ser efetuada;**

- b) Despesas de aquisição, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro;
- 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.

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 Assistência Funeral, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora; e constará na proposta de contratação, apólice e certificado individual.
- 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.

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 6.1 A cobertura de Assistência 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.
- 6.2 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 Assistência Funeral, mediante entrega dos comprovantes originais das respectivas despesas.

7 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1 Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados na condição especial da cobertura Morte (M) e/ou Morte Qualquer Causa (MQC), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
 - a) Notas Fiscais e Recibos originais com os descritivos das despesas realizadas com o funeral do segurado (original);
 - b) Documentos pessoais do contratante e pagador dos serviços (RG, CPF e Comprovante de Residência);

- c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora).

Caso o pagamento tenha sido realizado por Pessoa Jurídica, além dos documentos acima encaminhar:

- a) Cartão do CNPJ;
b) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Jurídica - (Formulário Seguradora).
- 7.2 A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar.
- 7.3 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

- 8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.
- 8.2 O pagamento de indenização por esta Cobertura de Assistência Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL

1 OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante a prestação de serviços de assistência funeral ou o reembolso das despesas realizadas com o funeral do segurado(a), em caso de falecimento decorrente de causas acidentais, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2 DEFINIÇÕES

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

3 RISCOS COBERTOS

- 3.1 O serviço de assistência funeral, poderá ser concedido:
- 3.1.1 **Plano individual:** a todos os segurados principais.
- 3.1.2 **Plano Familiar:** a todos os segurados principais e dependentes.
- 3.1.3 **Plano Familiar extensivo:** a todos os segurados principais, dependentes e seus pais e/ou sogros.

3.2 Para fins desta cobertura, entende-se:

3.2.1 Serviços de Assistência Funeral:

Caso a opção dos familiares 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:

- i. Nome do segurado e número da apólice correspondente;
- ii. O local e o número do telefone onde o serviço de assistência poderá encontrar os familiares/representantes do segurado; e
- iii. Documentos necessários para comprovar o vínculo com o estipulante e o vínculo familiar (se for o caso).

3.3 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.

3.4 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.

3.5 Quando houver a opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não haverá direito a qualquer reembolso das despesas.

3.6 Os serviços de assistência funeral consistem, exclusivamente, em:

3.6.1 **Assessoria para as Formalidades Administrativas:** O Serviço de Assistência dirigir-se-á 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.

3.6.2 **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.

3.6.3 **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.

3.6.4 **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.

3.6.5 **Mesa de Condolências:** O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

- 3.6.6 **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.
- 3.6.7 **Paramentos:** O Serviço de Assistência se responsabilizará pelos castiçais e velas que acompanham a urna bem como pelos aparelhos de ozona.
- 3.6.8 **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.
- 3.6.9 **Registro de Óbito:** O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família.
- 3.6.10 **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.
- i. O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo após o sepultamento.
 - ii. 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.
- 3.6.11 **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.
- 3.6.12 **Urna/Caixão:** O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.
- 3.6.13 **Velório:** O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.
- 3.7 **Reembolso das despesas com funeral:**
- 3.7.1 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.
- 3.7.2 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 e das condições especiais de MORTE ACIDENTAL (MA) e/ou Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), estão também excluídas da Cobertura de Auxílio Funeral por Morte por Acidental:

- a) Translado 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;
- 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.

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 Funeral, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora; e constará na proposta de contratação, apólice e certificado individual.
- 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 BENEFICIÁRIOS

- 6.1 O beneficiário desta cobertura em caso de reembolso será o contratante das despesas com funeral.

7 ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 7.1 A Cobertura de Assistência 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.
- 7.2 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 Assistência Funeral, mediante entrega dos comprovantes originais das respectivas despesas.

8 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1 Os documentos básicos são os documentos relacionados nas condições gerais do seguro, bem como nas condições especiais da cobertura de Morte Acidental (MA) e/ou Indenização Especial por Morte Acidental (IEA) em conjunto com os documentos abaixo:

- a) Notas Fiscais e Recibos originais com os descritivos das despesas realizadas com o funeral do segurado (original);
- b) Documentos pessoais do contratante e pagador dos serviços (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);

Caso o pagamento tenha sido realizado por Pessoa Jurídica, além dos documentos acima encaminhar:

- a) Cartão do CNPJ;
- b) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Jurídica - (Formulário Seguradora);

8.2 Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados na condição especial da cobertura de morte acidental.

8.3 A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar.

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.

9.2 O pagamento de indenização por esta cobertura de Assistência Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL AO ESTIPULANTE

1 OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante ao estipulante o pagamento do capital segurado contratado, a título de verba rescisória, em caso de morte do segurado principal em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do

nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

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; e constará na proposta de contratação, apólice e certificado individual.

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.

6 BENEFICIÁRIOS

6.1 O beneficiário desta cobertura é o empregador.

7 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1 Para a cobertura de rescisão contratual, os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições especiais de morte (m) e/ou morte qualquer causa (mqc);

7.2 Os documentos básicos são os documentos relacionados nas condições gerais do seguro, bem como nas condições especiais da cobertura de Morte (M) e/ou Morte Qualquer Causa (MQC) em conjunto com os documentos abaixo:

- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
- b) Cópia da Certidão de Óbito;
- c) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);

- d) Cópia da Ficha de Registro de Empregado Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- e) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- f) Termo de rescisão contratual em caso de Morte;
- g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação;
- h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor.

7.3 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;
- 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) Comprovante de endereço do estipulante;
- d) Comprovante da condição de empregador e estipulante do seguro, em caso de pessoa física (cópia simples);
- e) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Jurídica - (Formulário Seguradora).

7.4 A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar.

8 ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1 OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado a título de auxílio para aquisição de cesta básica de alimentos, aos beneficiários indicados pelo segurado, ou na ausência de indicação aqueles previstos na ordem de sucessão legal, em caso de morte do segurado em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2 DEFINIÇÕES

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

3 RISCOS COBERTOS

- 3.1 Esta cobertura será devida quando da ocorrência de morte do segurado, não sendo extensiva às demais coberturas.

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, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora; e constará na proposta de contratação, apólice e certificado individual.
- 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 O pagamento do capital será feito em parcelas mensais ou parcela única, conforme definido nas condições contratuais.

6 BENEFICIÁRIOS

- 6.1 O beneficiário desta cobertura será o mesmo definido para o recebimento da cobertura de Morte (M) e/ou Morte Qualquer Causa (MQC) e Morte Acidental (MA) e/ou Indenização Especial por Morte Acidental (IEA).

7 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1 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 (M) e/ou Morte Qualquer Causa (MQC), além daqueles previstos nas condições gerais do seguro.
- 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 ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 8.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR ACIDENTE

1 OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado a título de auxílio para aquisição de cesta básica de alimentos, aos beneficiários indicados pelo segurado, ou na ausência de indicação aqueles previstos na ordem de sucessão legal, exclusivamente em caso de morte acidental do segurado e em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de

situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2 DEFINIÇÕES

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3 RISCOS COBERTOS

3.1 Esta cobertura será devida quando da ocorrência da morte acidental do segurado, não sendo extensiva às demais coberturas.

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, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora; e constará na proposta de contratação, apólice e certificado individual.

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

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 (MA) e/ou Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), além daqueles previstos nas condições gerais do seguro.

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

6.3 A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares.

7 ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 7.1 Conforme consta nas condições especiais da cobertura de Morte Acidental (MA) e/ou Indenização Especial por Morte Acidental (IEA).

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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE

1 OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, desde que contratada, 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 em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexos de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2 DEFINIÇÕES

- 2.1 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:

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.2 Excluem-se desse conceito:

- 2.1.2.1 As doenças, incluídas as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, quaisquer que sejam suas causas – físicas, psicológicas ou mentais, por exemplo –, 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;
- 2.1.2.2 As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 2.1.2.3 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
- 2.1.2.4 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 Esta cobertura será devida quando da ocorrência de afastamento decorrente de acidente pessoal coberto, não sendo extensiva às demais coberturas.

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; e constará na proposta de contratação, apólice e certificado individual.
- 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 CARÊNCIA

- 7.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

8 ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 8.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

9 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1 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 das coberturas abaixo, além daqueles previstos nas condições gerais do seguro.
- 9.1.1 Diárias por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (DIT);
- 9.1.2 Diárias por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-Acidente);
- 9.1.3 Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (RIT);
- 9.1.4 Renda por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (RIT-Acidente);
- 9.2 O pagamento de indenização por esta cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente (CBAA) não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE

1 OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento do reembolso das despesas realizadas com o seu funeral, em caso de morte do segurado durante a vigência da cobertura, até o limite do valor do capital segurado contratado em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2 DEFINIÇÕES

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

3 RISCOS COBERTOS

- 3.1 A cobertura de Auxílio Funeral poderá ser contratada:
- 3.1.1 **Plano individual:** a todos os segurados principais.
 - 3.1.2 **Plano Familiar:** a todos os segurados principais e dependentes.
 - 3.1.3 **Plano Familiar extensivo:** a todos os segurados principais, dependentes e seus pais e/ou sogros.
- 3.2 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.
- 3.2.1 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contratado para esta cobertura.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro e das coberturas especiais das coberturas de Morte (M) e/ou Morte Qualquer Causa (MQC) e Morte Acidental (MA) e/ou Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), estão também excluídas da cobertura de Auxílio Funeral por Morte:
- a) **Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município onde a cremação possa ser efetuada;**
 - b) **Despesas de aquisição, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro;**
 - 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.

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 Funeral, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora; e constará na proposta de contratação, apólice e certificado individual.
- 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.

6 CARÊNCIA

- 6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

7 ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 7.1 A cobertura de Auxílio 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.

8 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1 Os documentos básicos são os documentos relacionados na condição especial da cobertura de morte, em conjunto com os documentos abaixo listados, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Notas Fiscais e Recibos originais que descreva as despesas realizadas com o funeral do segurado (original);
 - b) Documentos pessoais do contratante e pagador dos serviços (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do contratante dos Serviços - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora).

Caso o pagamento tenha sido realizado por Pessoa Jurídica, além dos documentos acima encaminhar:

- a) Cartão do CNPJ;
- b) Dados Bancários do contratante dos Serviços - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Jurídica - (Formulário Seguradora);

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

- 8.3 O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL

1 OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento do reembolso das despesas realizadas com o seu funeral, em caso de morte exclusivamente acidental do segurado durante a vigência da cobertura, até o limite do valor do capital segurado contratado em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2 DEFINIÇÕES

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

3 RISCOS COBERTOS

- 3.1 A cobertura de Auxílio Funeral poderá ser contratada:
- 3.1.1 **Plano individual:** a todos os segurados principais.
 - 3.1.2 **Plano Familiar:** a todos os segurados principais e dependentes.
 - 3.1.3 **Plano Familiar extensivo:** a todos os segurados principais, dependentes e seus pais e/ou sogros.
- 3.2 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.
- 3.3 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contratado para esta cobertura.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental:
- a) **Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município onde a cremação possa ser efetuada;**
 - b) **Despesas de aquisição, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro;**
 - 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.

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 Funeral, 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 CARÊNCIA

- 6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

7 ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 7.1 A cobertura de Auxílio 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.

8 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1 Os documentos básicos são os documentos relacionados na condição especial da cobertura de Morte (M) e/ou Morte Qualquer Causa (MQC), em conjunto com os documentos abaixo listados, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
 - a) Notas Fiscais e Recibos originais das despesas realizadas detalhadas com o funeral do segurado (original);
 - b) Documentos pessoais do contratante e pagador dos serviços (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do contratante dos Serviços - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);

Caso o pagamento tenha sido realizado por Pessoa Jurídica, além dos documentos acima encaminhar:

- a) Cartão do CNPJ;
- b) Dados Bancários do contratante dos Serviços - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Jurídica - (Formulário Seguradora);

- 8.2 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.
- 8.3 O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de diárias ao segurado, por sua incapacidade temporária decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário da atividade laboral, se este perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em razão da incapacidade, desde que o segurado não esteja exercendo nenhuma outra atividade laboral, remunerada ou não, e em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Glossário para os termos relacionados à cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária (DIT):
- 2.2. **Carência:** Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.
- 2.3. **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.
- 2.3.1. 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.
- 2.4. **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.
- 2.4.1 O montante de diárias contratadas será descrito nas Condições Contratuais.
- 2.5 **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

2.6 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 total, 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.

3.3 O valor da diária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo estipulante na proposta de contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada a má-fé do estipulante, no que tange a informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito à indenização.

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, depressão, burnout, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles, inclusive se relacionados à ocupação/trabalho;
- 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 odontológico e ortodôntico;
- q) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- r) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
- s) 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;
- t) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;
- u) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;
- v) 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;
- w) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- x) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;

- y) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;
- z) 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 relacionados com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;
- aa) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- bb) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.
- cc) Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta Cobertura;
- dd) Tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse ("stress"), independentemente das suas causas, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas;
- ee) As doenças crônicas e/ou degenerativas, bem como suas complicações, assim entendidas como aquelas de natureza persistente, progressiva e incurável;

- 4.2 Ficam ainda excluídos do Risco Coberto por esta Cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcial ou integralmente alguma atividade relativa à sua ocupação que lhe atribua renda, independente da profissão informada no ato da contratação.
- 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.
- 4.4 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.
- 4.5 Caso o afastamento do segurado seja classificado como definitivo com base na análise de documentos médicos, que comprovam a impossibilidade de retorno a suas atividades profissionais, a indenização estará limitada ao período que compreende a data do afastamento até a data da comprovação do afastamento definitivo, independente da renovação do seguro;
- 4.6 Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.
- 4.7 Os aposentados poderão participar do seguro, desde que não tenham sido aposentados por invalidez e desde que mantenham atividade laborativa comprovada e vínculo com o estipulante conforme grupo segurado.

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 e constará na proposta de contratação, apólice e certificados individuais.
- 5.2 O período indenitário contratado pelo Segurado e constante da Proposta de Contratação e do Certificado Individual corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, seja em razão de um ou de vários eventos, observado o disposto no item 8 destas Condições Especiais, e será, no máximo, de 365 (trezentos e sessenta e cinco dias), independente da renovação.
- 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, 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, independente de renovação;

9 PERÍODOS DE AFASTAMENTO

- 9.1 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 que

justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por Laudo do Médico Assistente e exames subsidiários.

- 9.2 A solicitação de indenização para afastamentos decorrentes de todo e qualquer evento relativo a acidente, incluindo 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.
- 9.3 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, aplicar-se-á o disposto no item 14 destas Condições Especiais.
- 9.4 O pagamento das diárias se extinguirá com o retorno do segurado à atividade, com o fim do tratamento médico ou com o falecimento do mesmo ou findo o período do limite de diárias contratado.

10 CARÊNCIA

- 10.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

11 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 11.1 Para a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) ASO – Atestado de Saúde Ocupacional referente ao retorno ao trabalho;
 - e) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
 - f) Cópia da Ficha de Registro de Empregado Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
 - g) Cópia dos 3 últimos contracheques;
 - h) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação;
 - i) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
 - j) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
 - k) Cópia completa do Prontuário Médico Hospitalar em caso de Internação, Cirurgia ou Tratamento realizado (esse documento deve ser solicitado ao hospital ao qual o segurado fez seu tratamento e/ou procedimento médico);
 - l) Relatório Médico informando tratamentos realizados, evolução e prognóstico de recuperação;
 - m) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado;
 - n) Relatório Médico formalizando a data da alta médica definitiva, data essa a qual o segurado encerrou seu tratamento fisioterápico em busca de melhora funcional;

- o) Laudo médico emitido por especialista em ortopedia e/ou na especialidade a qual o segurado esteja em tratamento, informando detalhadamente suas condições físicas e o seu prognóstico de saúde e recuperação, informando ainda o período de afastamento laboral para sua recuperação;

Em caso de Acidente, incluir:

- a) Boletim de Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- c) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar do segurado, pós ocorrência do acidente;
- d) Relatório do Samu, em caso de acidente ocorrido em via pública;
- e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito automobilístico em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- f) Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizado (caso não tenha sido realizado encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- g) Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológica, se realizado (caso não tenha sido realizado, encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- h) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento (esse documento é o referente ao primeiro atendimento prestado ao segurado);
- i) Relatório médico do médico especialista, informando as lesões sofridas na ocasião do acidente;
- j) Cópia legível dos exames de imagem (Tomografia, Raio-X e Ressonância Magnética) com a devida identificação (data e nome) na película, que comprovem a fratura sofrida.
- k) Relatório médico detalhado sobre o tratamento realizado de fisioterapia, detalhando a quantidade de sessões;

- 11.2 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.
- 11.3 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.
- 11.4 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.
- 11.5 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.
- 11.6 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.

- 11.7 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.
- 11.8 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.
- 11.9 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.
- 11.10 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 diárias por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, correspondente à vigência anterior.
- 11.11 É de exclusiva responsabilidade do Segurado, em gozo da Renda por Incapacidade Temporária, a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.
- 11.12 A Seguradora poderá fiscalizar, por si, ou por meio de empresas terceiras contratadas para essa finalidade, se o Segurado encontra-se afastado de suas atividades laborais no período do afastamento declarado no aviso de sinistro.

12 MANUTENÇÃO E INTERRUPÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 12.1 O direito a Renda por Incapacidade Temporária cessará na data do efetivo término da incapacidade do Segurado, ou de seu retorno à atividade laboral, ou, automaticamente, ao completar-se o período indenitário contratado, o que ocorrer primeiro, em razão de um ou de vários eventos.
- 12.2 É de exclusiva responsabilidade do Segurado, em gozo da Renda por Incapacidade Temporária, a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.
- 12.3 A Seguradora poderá fiscalizar, por si, ou por meio de empresas terceiras contratadas para essa finalidade, se o Segurado encontra-se afastado de suas atividades laborais no período do afastamento declarado no aviso de sinistro.
- 12.4 O segurado deverá avisar a Seguradora caso deixe de ter atividade laboral, seja por qualquer motivo, para que haja o devido cancelamento do seguro e a cessação da cobrança dos prêmios.

13 DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 13.1 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.
- 13.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

14 JUNTA MÉDICA

- 14.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, 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.
- 14.2 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.
- 14.3 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.

15 DISPOSIÇÕES GERAIS

- 15.1 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.
- 15.2 Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.
- 15.3 Não haverá acúmulo do pagamento das diárias por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.
- 15.4 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.
- 15.5 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.
- 15.6 O Segurado deverá avisar a Seguradora caso deixe de ter atividade laboral, seja por qualquer motivo, para que haja o devido cancelamento do seguro e a cessação da cobrança dos prêmios.
- 15.7 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (DIT-ACIDENTE)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de diárias ao segurado, por sua incapacidade temporária exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto, em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário da atividade laboral, se este perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em razão da incapacidade, desde que o segurado não esteja exercendo nenhuma outra atividade laboral, remunerada ou não, e em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 Glossário para os termos relacionados à cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária (DIT):
- 2.2 **Carência:** Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.
- 2.3 **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.
- 2.3.1 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.
- 2.4 **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.
- 2.4.1 O montante de diárias contratadas será descrito nas Condições Contratuais.
- 2.5 **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.
- 2.6 **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 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 Decorrente de Acidente:
- a) Incapacidade de tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta cobertura;
 - b) Quaisquer doenças, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento comprovado causado em decorrência de acidente coberto;
 - c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - d) Envenenamento de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
 - e) 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;
 - f) 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;

- g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;
- h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- i) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
- j) Hospitalização para check-up;
- k) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;
- l) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;
- m) 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;
- n) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;
- o) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, depressão, burnout, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles, inclusive se relacionados à ocupação/trabalho;
- p) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
- q) Síndrome do pânico;
- r) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- s) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;
- t) Tratamento odontológico e ortodôntico;
- u) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- v) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
- w) 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;
- x) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;
- y) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;
- z) 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;
- aa) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- bb) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;
- cc) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;
- dd) 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 relacionados com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

- ee) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- ff) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.
- gg) Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta Cobertura;
- hh) Tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse ("stress"), independentemente das suas causas, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas;
- ii) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, depressão, burnout, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles, inclusive se relacionados à ocupação/trabalho;
- jj) Ficam ainda excluídos do Risco Coberto por esta Cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcial ou integralmente alguma atividade relativa à sua ocupação que lhe atribua renda, independente da profissão informada no ato da contratação.
- kk) As doenças crônicas e/ou degenerativas, bem como suas complicações, assim entendidas como aquelas de natureza persistente, progressiva e incurável;

- 4.2 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 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.
- 4.4 Caso o afastamento do segurado seja classificado como definitivo com base na análise de documentos médicos, que comprovam a impossibilidade de retorno a suas atividades profissionais, a indenização estará limitada ao período que compreende a data do afastamento até a data da comprovação do afastamento definitivo, independentemente da renovação do seguro;
- 4.5 Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.
- 4.6 Os aposentados poderão participar do seguro, desde que não tenham sido aposentados por invalidez e desde que mantenham atividade laborativa comprovada e vínculo com o estipulante conforme grupo segurado.

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 e constará na proposta de
- 5.2 O período indenitário contratado pelo Segurado e constante da Proposta de Contratação e do Certificado Individual corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, seja em

razão de um ou de vários eventos, observado o disposto no item 8 destas Condições Especiais, e será, no máximo, de 365 (trezentos e sessenta e cinco dias), independentemente da renovação.

- 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.
- 5.5 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, independentemente da renovação;

9 PERÍODOS DE AFASTAMENTO

- 9.1 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 que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por Laudo do Médico Assistente e exames subsidiários.
- 9.2 A solicitação de indenização para afastamentos decorrentes de todo e qualquer evento relativo a acidente, incluindo 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.

9.3 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, aplicar-se-á o disposto no item 13 destas Condições Especiais.

10 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1 Para a Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-Acidente), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) ASO – Atestado de Saúde Ocupacional referente ao retorno ao trabalho; D
 - e) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
 - f) Cópia da Ficha de Registro de Empregado Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
 - g) Cópia dos 3 últimos contracheques;
 - h) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação;
 - i) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
 - j) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
 - k) Cópia completa do Prontuário Médico Hospitalar em caso de Internação, Cirurgia ou Tratamento realizado (esse documento deve ser solicitado ao hospital ao qual o segurado fez seu tratamento e/ou procedimento médico);
 - l) Relatório Médico informando tratamentos realizados, evolução e prognóstico de recuperação;
 - m) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado;
 - n) Relatório Médico formalizando a data da alta médica definitiva, data essa a qual o segurado encerrou seu tratamento fisioterápico em busca de melhora funcional;
 - o) Laudo médico emitido por especialista em ortopedia e/ou na especialidade a qual o segurado esteja em tratamento, informando detalhadamente suas condições físicas e o seu prognóstico de saúde e recuperação, informando ainda o período de afastamento laboral para sua recuperação.

Em caso de Acidente, incluir:

- a) Boletim de Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- c) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar do segurado, pós ocorrência do acidente;
- d) Relatório do Samu, em caso de acidente ocorrido em via pública;
- e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito automobilístico em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- f) Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizado (caso não tenha sido realizado encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;

- g) Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológica, se realizado (caso não tenha sido realizado, encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
 - h) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento (esse documento é o referente ao primeiro atendimento prestado ao segurado);
 - i) Relatório médico do médico especialista, informando as lesões sofridas na ocasião do acidente;
 - j) Cópia legível dos exames de imagem (Tomografia, Raio-X e Ressonância Magnética) com a devida identificação (data e nome) na película, que comprovem a fratura sofrida.;
 - k) Relatório médico detalhado sobre o tratamento realizado de fisioterapia, detalhando a quantidade de sessões.
- 10.2 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.
- 10.3 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.
- 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 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.

10.12 É de exclusiva responsabilidade do Segurado, em gozo da renda por incapacidade temporária, a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.

10.13 A Seguradora poderá fiscalizar, por si, ou por meio de empresas terceiras contratadas para essa finalidade, se o Segurado encontra-se afastado de suas atividades laborais no período do afastamento declarado no aviso de sinistro.

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 relacionada 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.

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, 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 O Segurado deverá avisar a Seguradora caso deixe de ter atividade laboral, seja por qualquer motivo, para que haja o devido cancelamento do seguro e a cessação da cobrança dos prêmios.
- 13.7 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de renda 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 renda e valor do capital contratados, e em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Glossário para os termos relacionados à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária (RIT):

- 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 os itens 2.1.1 e 2.1.2 das Condições Gerais.
- 2.1.2. **Carência:** Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.
- 2.1.3. **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.
- 2.1.3.1. 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.

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

2.3. **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) Incapacidade de tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta cobertura;
- b) Envenenamento de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população.
- c) 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;

- d) 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;
- e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele, ou qualquer outro tratamento não ético ou legal;
- f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
- h) Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- i) Quaisquer tratamentos por motivo de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica;
- j) Doenças Infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- k) Hospitalização para check-up;
- l) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;
- m) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;
- n) 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;
- o) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;
- p) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;
- q) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
- r) Síndrome do pânico;
- s) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- t) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;
- u) Tratamento odontológico e ortodôntico;
- v) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- w) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
- x) 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;
- y) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;
- z) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;
- aa) Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independentes de sua causa.
- bb)

- cc) 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;
- dd) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- ee) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;
- ff) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;
- gg) 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 relacionados com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;
- hh) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- ii) Anomalias congênicas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.
- jj) Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta Cobertura;
- kk) Tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse (“stress”), independentemente das suas causas, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas;
- ll) Ficam ainda excluídos do Risco Coberto por esta Cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcial ou integralmente alguma atividade relativa à sua ocupação que lhe atribua renda, independente da profissão informada no ato da contratação.
- mm) As doenças crônicas e/ou degenerativas, bem como suas complicações, assim entendidas como aquelas de natureza persistente, progressiva e incurável;

- 4.2. 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. 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 e constará na proposta de contratação, apólice e certificado individual.
- 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. 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, independente de renovação;

9. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

- 9.1. 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 que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por Laudo do Médico Assistente e exames subsidiários.
- 9.2. A solicitação de indenização para afastamentos decorrentes de todo e qualquer evento relativo a acidente, incluindo 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.
- 9.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, aplicar-se-á o disposto no item 14 destas Condições Especiais.

10. CARÊNCIA

10.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:

- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
- b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- d) ASO – Atestado de Saúde Ocupacional referente ao retorno ao trabalho;
- e) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
- f) Cópia da Ficha de Registro de Empregado Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- g) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- h) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
- i) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- j) Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, com as devidas datas de concessão, quando for o caso;
- k) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
- l) Cópia completa do Prontuário Médico Hospitalar em caso e Internação, Cirurgia ou Tratamento realizado (esse documento deve ser solicitado ao hospital ao qual o segurado fez seu tratamento e/ou procedimento médico);
- m) Relatório Médico informando tratamentos realizados, evolução e prognóstico de recuperação;
- n) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado;
- o) Relatório Médico formalizando a data da alta médica definitiva, data essa a qual o segurado encerrou seu tratamento fisioterápico em busca de melhora funcional;
- p) Laudo médico emitido por especialista em ortopedia e/ou na especialidade a qual o segurado esteja em tratamento, informando detalhadamente suas condições físicas e o seu prognóstico de saúde e recuperação, informando ainda o período de afastamento laboral para sua recuperação.
- q) Boletim de Ocorrência Policial;
- r) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- s) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
- t) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento (esse documento é o referente ao primeiro atendimento prestado ao segurado);
- u) Relatório do Samu, em caso de acidente ocorrido em via pública;
- v) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito automobilístico em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;

- w) Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizado (caso não tenha sido realizado encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
 - x) Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológica, se realizado (caso não tenha sido realizado, encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
 - y) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento (esse documento é o referente ao primeiro atendimento prestado ao segurado);
 - z) Relatório médico do médico especialista, informando as lesões sofridas na ocasião do acidente;
 - aa) Cópia legível dos exames de imagem (Tomografia, Raio-X e Ressonância Magnética) com a devida identificação (data e nome) na película, que comprovem a fratura sofrida.
 - bb) Relatório médico detalhado sobre o tratamento realizado de fisioterapia, detalhando a quantidade de sessões;
- 11.2. 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.
- 11.3. 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.
- 11.4. 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.
- 11.5. 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.
- 11.6. 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.
- 11.7. 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.
- 11.8. 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.
- 11.9. 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.
- 11.10. 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.

12. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 12.1. 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.
- 12.2. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

13. JUNTA MÉDICA

- 13.1. 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.
- 13.2. 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.
- 13.3. 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.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 14.1. 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.
- 14.2. Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.
- 14.3. Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.
- 14.4. 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.
- 14.5. 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.
- 14.6. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (RIT-ACIDENTE)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de renda ao segurado, por sua incapacidade temporária decorrente exclusivamente 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 os limites de renda e valor do capital contratados, desde que o segurado não esteja exercendo nenhuma outra atividade laboral, remunerada ou não, e em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Glossário para os termos relacionados à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (RIT-Acidente):
- 2.2. **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 os itens 2.1.1 e 2.1.2 das Condições Gerais.
- 2.3. **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. 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.
- 2.4. **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.
- 2.5. **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, decorrente de acidente pessoal coberto, 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 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 decorrente de Acidente (RIT-Acidente):

- a) Incapacidade de tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta cobertura;
- b) Quaisquer doenças, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento comprovado causado em decorrência de acidente coberto;
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- d) Envenenamento de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população.
- e) 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;
- f) 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;
- g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;
- h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- i) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
- j) Hospitalização para check-up;
- k) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;
- l) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;
- m) 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;
- n) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;
- o) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;

- p) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
 - q) Síndrome do pânico;
 - r) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
 - s) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;
 - t) Tratamento odontológico e ortodôntico;
 - u) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
 - v) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
 - w) 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;
 - x) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;
 - y) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;
 - z) 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;
 - aa) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
 - bb) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;
 - cc) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;
 - dd) 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;
 - ee) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
 - ff) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.
 - gg) Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta Cobertura;
 - hh) Tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse ("stress"), independentemente das suas causas, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas;
 - ii) Ficam ainda excluídos do Risco Coberto por esta Cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcial ou integralmente alguma atividade relativa à sua ocupação que lhe atribua renda, independente da profissão informada no ato da contratação.
 - jj) As doenças crônicas e/ou degenerativas, bem como suas complicações, assim entendidas como aquelas de natureza persistente, progressiva e incurável;
- 4.2. 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. 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 SEGUADO

- 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 decorrente de Acidente e constará na proposta de contratação, apólice e certificados individuais.
- 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 acidente.

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, independentemente de renovação;

9. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

- 9.1. 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 que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por Laudo do Médico Assistente e exames subsidiários.
- 9.2. A solicitação de indenização para afastamentos decorrentes de todo e qualquer evento relativo a acidente, incluindo 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.

9.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, aplicar-se-á o disposto no item 14 destas Condições Especiais.

10. CARÊNCIA

10.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (RIT-Acidente), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:

- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
- b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- d) ASO – Atestado de Saúde Ocupacional referente ao retorno ao trabalho;
- e) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
- f) Cópia da Ficha de Registro de Empregado Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- g) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- h) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
- i) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- j) Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, com as devidas datas de concessão, quando for o caso;
- k) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
- l) Cópia completa do Prontuário Médico Hospitalar em caso e Internação, Cirurgia ou Tratamento realizado (esse documento deve ser solicitado ao hospital ao qual o segurado fez seu tratamento e/ou procedimento médico);
- m) Relatório Médico informando tratamentos realizados, evolução e prognóstico de recuperação;
- n) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado;
- o) Relatório Médico formalizando a data da alta médica definitiva, data essa a qual o segurado encerrou seu tratamento fisioterápico em busca de melhora funcional;
- p) Laudo médico emitido por especialista em ortopedia e/ou na especialidade a qual o segurado esteja em tratamento, informando detalhadamente suas condições físicas e o seu prognóstico de saúde e recuperação, informando ainda o período de afastamento laboral para sua recuperação.
- q) Boletim de Ocorrência Policial;
- r) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- s) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;

- t) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento (esse documento é o referente ao primeiro atendimento prestado ao segurado);
- u) Relatório do Samu, em caso de acidente ocorrido em via pública;
- v) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito automobilístico em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- w) Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizado (caso não tenha sido realizado encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- x) Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológica, se realizado (caso não tenha sido realizado, encaminhar declaração do órgão competente pela emissão, informando a inexistência), em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- y) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento (esse documento é o referente ao primeiro atendimento prestado ao segurado);
- z) Relatório médico do médico especialista, informando as lesões sofridas na ocasião do acidente;
- aa) Cópia legível dos exames de imagem (Tomografia, Raio-X e Ressonância Magnética) com a devida identificação (data e nome) na película, que comprovem a fratura sofrida.
- bb) Relatório médico detalhado sobre o tratamento realizado de fisioterapia, detalhando a quantidade de sessões;

- 11.2. 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.
- 11.3. 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.
- 11.4. 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.
- 11.5. 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.
- 11.6. 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.
- 11.7. 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.
- 11.8. 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.
- 11.9. 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.

- 11.10. 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.
- 11.11. 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 renda por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite máximo de rendas previsto nas condições contratuais, correspondente à vigência anterior.

12. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 12.1. 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.
- 12.2. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

13. JUNTA MÉDICA

- 13.1. 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.
- 13.2. 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.
- 13.3. 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.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 14.1. 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.
- 14.2. Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.
- 14.3. Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.
- 14.4. 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.
- 14.5. 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.

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE EMPREGO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de renda ao segurado, no caso do segurado perder o emprego, sem justa causa, por iniciativa do seu empregador, e em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Para fins desta cobertura, perda de emprego 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 CLT.

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 perda de emprego 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) Abandono de emprego ou pedido de demissão voluntário do segurado;
- c) Término do contrato de trabalho temporário ou mandato de cargos eletivos;
- d) Aposentadoria, pensão ou retiro/ausência do segurado.
- e) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- f) Campanhas de demissão em massa. Para fins desta cobertura, considera-se demissão em massa quando a empresa demite mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês ou período de 6 (seis) meses de um mesmo empregador;
- g) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- h) Demissões decorrentes de falência, recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
- i) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;

- j) Programas de Demissão Voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
- k) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- l) Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial;
- m) Quando o vínculo empregatício entre empregado (Segurado) e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, companheiro, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados, sogros e primos;
- n) Funcionários e administradores com contrato de trabalho regido por estatuto;
- o) Rescisão do contrato de trabalho negociada entre segurado e seu empregador;
- p) Transferência entre empresas, decorrente de fusões, aquisições e/ou parceiras;
- q) Afastamento do trabalho por necessidade de cumprimento de serviço militar obrigatório e afastamento médico;
- r) Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte;
- s) Funcionários que possuam contrato de Trabalho por Prazo Determinado;

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 Perda de Emprego e constará na proposta de contratação, apólice e certificado individual.
- 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. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Para a cobertura de Perda de Emprego, os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) Páginas da Carteira de Trabalho (CPTS) do segurado que contêm o seguinte:
 - I. identificação do segurado (cópia autenticado);
 - II. ultimo contrato de trabalho (cópia autenticado);
 - III. página posterior (cópia autenticado).

- e) Termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado (cópia simples);
- f) Comprovante de recebimento do Seguro Desemprego;
- g) Cópia completa da carteira de trabalho digital;
- h) Após 30 dias do recebimento da primeira parcela, encaminhar:
 - I. último contrato de trabalho (cópia autenticado);
 - II. página posterior (cópia autenticado).
- i) Cópia completa da carteira de trabalho digital (com data de emissão atual).

7.2. 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.

7.3. 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.

7.4. Caso não ocorra a 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.

8. CARÊNCIA

8.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

9. FRANQUIAS

9.1. Haverá franquia de 31 (trinta e um) dias corridos, contados a partir da data de ocorrência do evento coberto.

9.2. O Segurado terá direito à indenização somente se continuar desempregado após o cumprimento do período de franquia.

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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante pagamento do respectivo 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 em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a

análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **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 os itens 2.1.1 e 2.1.2 das Condições Gerais.
- 2.2. **Capital Segurado:** é o valor máximo a ser reembolsado, em caso de realização de despesas de atendimento médico, hospitalar e/ou odontológico ao Segurado, em decorrência de acidente pessoal. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.
- 2.3. **Credor do Reembolso:** é o próprio Segurado; em casos previamente acordados entre as partes contratantes, poderá ser credora do reembolso a pessoa física ou jurídica que tenha realizado o pagamento das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, do Segurado, e em cujo nome estejam as Notas Fiscais ou Faturas competentes.
- 2.4. **Despesa Médica, Hospitalar e Odontológica:** é aquela decorrente da hospitalização do Segurado para tratamento clínico, cirúrgico ou odontológico, em decorrência de evento que exija atendimento médico, hospitalar e/ou odontológico imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo), desde que decorrente de acidente pessoal coberto.
- 2.5. **Médico/Dentista Assistente:** é o profissional médico/dentista, que atende (assiste) o Segurado, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica/odontológica.
- 2.6. **Reembolso:** é o valor a ser pago ao Segurado, a título de reposição de valores das despesas realizadas para o seu atendimento médico, hospitalar e/ou odontológico, decorrente de acidente pessoal coberto, limitado ao Capital Segurado contratado.

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.
- 3.4. Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos.

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 às despesas de acompanhante;
- e) Despesas com aparelhos que se referem as órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.
- f) Acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com as despesas médicas, hospitalares ou odontológicas;
- g) Acidentes e suas consequências ocorridos antes da data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- h) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia;
- i) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- j) Autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica;
- k) Estados de convalescença (após a alta médica);
- l) Despesas de acompanhantes;
- m) Internação por senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
- n) Hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- o) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por riscos não excluídos pelo seguro;
- p) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- q) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- r) Quaisquer doenças, lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- s) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- t) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- u) Ceratomia (cirurgia para correção da miopia);
- v) Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos no exterior;

- w) **Enfermagem, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- x) **Outros itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral, etc.);**
- y) **Procedimentos médicos e hospitalares não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;**
- z) **Aluguel ou aquisição de todo tipo de equipamentos e aparelhos hospitalares, aparelhos estéticos ou protéticos, óculos, aparelhos ortopédicos, ortofônicos, válvulas, órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico (intra-operatório), bem como próteses de propulsão mioelétrica de propulsão pneumática, híbridas alteradas por princípio muscular e outras do gênero;**
- aa) **Enfermagem, seja em regime hospitalar ou domiciliar;**
- bb) **Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos no exterior.**

5. CAPITAL SEGUADO

- 5.1. O capital segurado individual para esta cobertura, ou seja, os limites de reembolso, é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” da 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. Os capitais segurados desta cobertura estarão expressos na Apólice e na Proposta de Contratação.
- 5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.
- 5.4. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, exceto se decorrentes do mesmo acidente, respeitados os valores de reembolso contratados.

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. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente (DMHO), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
 - a) **Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;**
 - b) **Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);**
 - c) **Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);**
 - d) **Cópia da Ficha de Registro de Empregado devidamente atualizada;**
 - e) **Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo;**
 - f) **Cópia dos 3 Últimos holerites;**
 - g) **Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;**
 - h) **Boletim de Ocorrência Policial;**
 - i) **Cópia da CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho;**
 - j) **Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;**

- k) Cópia legível do(s) Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento;
- l) Atestado médico e Boletim Médico de Pronto Atendimento, para qualquer tipo de acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia, ficando a indenização sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora;
- m) Comprovantes originais das despesas com honorários médicos, hospitais, clínicas e de aquisição de medicamentos, devidamente acompanhados das receitas médicas (originais);
- n) Notas fiscais originais e faturas médico hospitalares, comprovando os gastos reclamados;
- o) Recibos originais de médicos ou contas hospitalares;
- p) Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;

- 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, salvo se 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DCF)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado em razão de nascimento de filho do segurado principal que seja portador de doença congênita incapacitante que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor de seu(s) filho(s), diagnosticada até o 6º (sexto) mês de vida e comprovada por médico devidamente habilitado, conforme “Riscos Cobertos”, e em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Doenças Congênicas** são defeitos anatômicos e funcionais que nascem com o indivíduo, resultante de má formação do organismo, diagnosticadas até o 6º mês de vida do recém-nascido, e que necessitem de acompanhamento médico e tratamento médico especializado.
- 2.2. Demais definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Para efeito destas Condições Especiais, caracterizam-se como doenças congênicas 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 cromossômicas (Síndrome de Down e Síndrome de Turner).

3.2. Quando ambos os pais forem Segurados Principais do mesmo Grupo Segurado, a indenização será devida somente para um deles, para aquele que apresentar maior valor do Capital Segurado ou, caso o valor seja idêntico, a indenização será rateada proporcionalmente.

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.

- a) **Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;**
- b) **Natimorto (fetos que morreram dentro do útero ou durante o parto;**
- c) **Doenças infecto-contagiosas transmitidas durante a gestação, bem como suas sequelas;**
- d) **Complicações do parto ou aborto;**
- e) **Eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período da gestação ou não reconhecidos efetivamente pelos órgãos de saúde;**
- f) **Anomalias congênitas decorrentes de fator ambiental cujos efeitos sejam constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;**
- g) **Decorrentes do mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde;**
- h) **Doença congênita preexistente ou conhecida durante o período de gestação ou antes da contratação do seguro ou do término do período de carência;**
- i) **Defeitos congênitos decorrentes da contaminação de ascendente em razão de exposição, no ambiente de trabalho, a produtos reconhecidamente nocivos à saúde**

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. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

7. CARÊNCIA

- 7.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. Para a cobertura de Doença Congênita de Filhos (DCF), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) Cópia da Ficha de Registro de Empregado frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
 - e) Cópia dos 3 últimos contracheques;
 - f) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação;
 - g) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
 - h) Certidão de Nascimento do filho do segurado, portador da doença congênita (cópia simples);
 - i) 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);
 - j) Todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico (cópia simples);
 - k) Declaração médica atestando que o filho não poderá exercer atividades profissionais em condições de igualdade com pessoas hígas (saudáveis), em decorrência da doença congênita de que é portador (original);
 - l) Relatório Médico informando tratamentos realizados, evolução e prognóstico de recuperação;
 - m) Exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a doença. Deverão ser encaminhados bem como os exames de imagens;
 - n) Cópia legível do(s) Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento.
- 8.2. 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.
- 8.3. 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.
- 8.4. Reconhecida a doença congênita pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 9.1. 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.

- 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. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, 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 em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro**. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **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 os itens 2.1.1 e 2.1.2 das Condições Gerais.

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.
- 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:
- 3.4. Diária de Internação Hospitalar: é o valor escolhido pelo Estipulante, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.
- 3.5. Internação Hospitalar: é a internação em hospital 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 por Acidente (DIH):
- a) **Acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**
 - b) **Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
 - c) **eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**

- d) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal - check-up e investigação diagnóstica;
- e) 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;
- f) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- g) Cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;
- h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
- i) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- j) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- k) Internação hospitalar por motivo de convalescença;
- l) 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;
- m) Ferimentos autoinfligidos, 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;
- n) Tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;
- o) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;
- p) Quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;
- q) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- r) Internações domiciliares ("home care");
- s) Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilos e casas de repouso;
- t) Danos estéticos;
- u) A perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- v) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade ("check-up"), repouso ou geriatria;
- w) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;
- x) Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos no exterior.

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 e estará expressos na Apólice e na Proposta de Contratação
- 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 presente na proposta de contratação e apólice

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, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data da internação hospitalar.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:

- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
- b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- d) ASO – Atestado de Saúde Ocupacional referente ao retorno ao trabalho;
- e) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
- f) Cópia da Ficha de Registro de Empregado Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- g) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- h) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
- i) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- j) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
- a) Boletim de Ocorrência Policial;
- b) Cópia da CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho;
- c) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- d) Cópia legível do(s) Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento;
- e) Prontuário Médico comprovando a internação hospitalar (cópia simples);
- f) Resumo de Alta Médica / Sumário de Alta Médica;
- g) Resultado dos exames médicos realizados (cópia simples);
- k) Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
- l) Registro no Conecte SUS: As internações hospitalares realizadas pelo SUS são registradas no sistema, acessível pelo aplicativo Conecte SUS. Encaminhar Relatório.

- 8.2. Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observado o capital segurado contratado.
- 8.3. **Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a internação hospitalar durante um mesmo período.**
- 8.4. **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.**
- 8.5. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.
- 8.6. Em caso de morte do segurado, bem como qualquer 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

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR ACIDENTE (DIH-UTI)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, 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 em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro.** Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **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 os itens 2.1.1 e 2.1.2 das Condições Gerais.

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) Ocorridos dentro do período de carência, conforme cláusula 6;
 - g) Internações domiciliares (Home Care);
 - h) Tratamento ambulatorial;
 - i) Internações para investigação diagnóstica;
 - j) Hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
 - k) Internações para realização de cirurgia plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - l) Internação para realização de parto ou aborto provocado e suas consequências;
 - m) Internações para realização de tratamentos ou procedimentos experimentais ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia ou ainda, não previstos na tabela AMB (associação médica brasileira);
 - n) Internações decorrentes de infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);

- o) Internações decorrentes de doenças de características reconhecidamente progressivas, crônicas ou degenerativas tais como: Mal de Alzheimer, fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, degeneração muscular progressiva (DMP), síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, e outras doenças de caráter crônico;**
- p) Internações para realização de ceratectomia (cirurgia para correção de miopia) ou qualquer cirurgia de refração;**
- q) Internações decorrentes de doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordida e/ou contato com animais;**
- r) Internações decorrentes de doenças em geral, cuja etiologia guarde relação direta de causa e efeito com a atividade laborativa exercida pelo segurado;**
- s) Internações decorrentes de doenças agravadas por traumatismos;**
- t) Internações decorrentes de doenças infectocontagiosas, salvo se em fase aguda;**
- u) Internações decorrentes de epidemias e endemias;**
- v) Internações para realização de tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem controle da natalidade;**
- w) Internações para realização de tratamento estético e de tratamento para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;**
- x) Internações decorrentes de anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;**
- y) Internações para realização de tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;**
- z) Internações no período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas;**
- aa) Internação hospitalar por motivo de convalescença;**
- bb) Internações não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros.**
- cc) Internações decorrentes de ferimentos auto infligidos, estando são ou não, exceto em casos de tentativa de suicídio após o período de carência.**
- dd) Internações decorrentes de acidentes ocorridos ou doenças manifestadas fora do período de cobertura ou vigência da apólice.**
- ee) 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;**
- ff) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- gg) 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 tesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**

- hh) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- ii) Choque anafilático e suas consequências;
- jj) Moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;
- kk) Moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picada de inseto;
- ll) Eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais;
- mm) Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos no exterior.

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 na proposta de contratação e apólice.
- 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. CARÊNCIA

- 8.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. 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 Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva por Acidente (DIH-UTI), os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
 - a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) ASO – Atestado de Saúde Ocupacional referente ao retorno ao trabalho;

- e) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
- f) Cópia da Ficha de Registro de Empregado Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- g) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- h) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
- i) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor
- j) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
- k) Boletim de Ocorrência Policial;
- l) Cópia da CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho;
- m) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- n) Cópia legível do(s) Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento;
- o) Prontuário Médico comprovando a internação hospitalar (cópia simples);
- p) Resumo de Alta Médica / Sumário de Alta Médica;
- q) Resultado dos exames médicos realizados (cópia simples);
- r) Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
- s) Registro no Conecte SUS: As internações hospitalares realizadas pelo SUS são registradas no sistema, acessível pelo aplicativo Conecte SUS. Encaminhar Relatório.

- 9.2. Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observadas as despesas realizadas e o capital segurado contratado.
- 9.3. Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a incapacidade temporária durante um mesmo período.
- 9.4. 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.
- 9.5. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.
- 9.6. Em caso de morte do segurado, bem como qualquer 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.

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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS - MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento do capital segurado, em caso de morte do segurado, seja natural ou acidental, e em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro.

Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

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 estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.

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 que devem ser apresentados à Seguradora, de acordo com a natureza do evento, estão relacionados na condição especial da cobertura de Morte (M) e/ou Morte Qualquer Causa (MQC), para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro.

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. CARÊNCIA

8.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS – MORTE POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento do capital segurado, em caso de morte acidental do segurado, e em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando

ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

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 (MA) e/ou Indenização Especial por Morte Acidental (IEA).

5. CAPITAL SEGUADO

5.1. O Capital Segurado estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.

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 de cobertura de Morte Acidental (MA) e/ou Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro.

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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento do capital segurado 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, sem prejuízo do pagamento do capital segurado contratado para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM), em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio,

do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente do segurado, a seguradora pagará a indenização no valor do capital segurado como auxílio às despesas para adaptação às novas condições de vida, independente se a invalidez for total ou parcial.
- 3.2. A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão.
- 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro e nas condições especiais das 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).

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 na proposta de contratação e apólice.
- 5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da ocorrência do acidente.
- 5.3. Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. FRANQUIA

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

7. CARÊNCIA

- 7.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. 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 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM) ou Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, tem por objetivo reembolsar o Segurado das despesas com medicamentos, utilizados para o seu tratamento sob orientação médica, iniciadas nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, ocorrido durante o horário de trabalho e decorrente de acidentes pessoais, limitado ao valor do Capital Segurado contratado. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. 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. Além dos riscos excluídos nas Condições Gerais do seguro, estão expressamente excluídos desta cobertura:

- a) **As despesas decorrentes de estado de convalescença (após a alta médica);**
- b) **Medicamentos experimentais;**
- c) **Acidente pessoal ocorrido antes ou após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta).**
- d) **Não estarão cobertas, em qualquer hipótese, as despesas ocorridas no exterior.**

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 na proposta de contratação e apólice.

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. FRANQUIA

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

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a cobertura de Auxílio Medicamento por Acidente, os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:

- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
- b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- d) Cópia da Ficha de Registro de Empregado devidamente atualizada;
- e) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo;
- f) Cópia dos 3 Últimos holerites;
- g) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- h) Boletim de Ocorrência Policial;
- i) Cópia da CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho;
- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
- k) Cópia legível do(s) Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento;
- l) Atestado médico e Boletim Médico de Pronto Atendimento, para qualquer tipo de acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia, ficando a indenização sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora;

- m) Comprovantes originais das despesas com honorários médicos, hospitais, clínicas e de aquisição de medicamentos, devidamente acompanhados das receitas médicas (originais);
- n) Notas fiscais originais e faturas médico hospitalares, comprovando os gastos reclamados;
- o) Recibos originais de médicos ou contas hospitalares;
- p) Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;

7.2. O reembolso será realizado até o valor do capital contratado para esta cobertura, mediante apresentação das Notas Fiscais e recibos originais de tais despesas, acompanhadas da respectiva prescrição médica.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento do capital segurado para esta cobertura, quando diagnosticada a neoplasia maligna por médico habilitado em oncologia e demonstrada por resultado de exame anatomopatológico, durante a vigência da cobertura, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. **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;**
 - p) **Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
 - q) **Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana.**

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

7. FRANQUIA

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. 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.

8.2. 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.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para a cobertura de Diagnóstico de Câncer, os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:

- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
- b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- d) ASO – Atestado de Saúde Ocupacional referente ao retorno ao trabalho;
- e) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
- f) Cópia da Ficha de Registro de Empregado Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- g) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- h) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação;
- i) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- j) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
- k) Cópia completa do Prontuário Médico Hospitalar em caso e Internação, Cirurgia ou Tratamento realizado (esse documento deve ser solicitado ao hospital ao qual o segurado fez seu tratamento e/ou procedimento médico);
- l) Relatório Médico informando tratamentos realizados, evolução e prognóstico de recuperação;
- m) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que prestou o atendimento ao Segurado, contendo o resultado do Exame Anatomopatológico, o Estádio de Neoplasia, o tratamento indicado, já realizado e à realizar, de modo detalhado e Prognóstico;

- n) Cópia do Exame Anatomopatológico que comprove o Diagnóstico de Câncer;
- o) Laudos de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso).

9.2. 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.

9.3. 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.

10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

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

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. ÂMBITO GEOGRÁFICO

12.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE NASCIMENTO PREMATURO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em caso de nascimento de filho(s) prematuro(s) durante a vigência da apólice, observadas as demais condições contratuais. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

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 o 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 SEGUADO

- 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 constantes na proposta de contratação e apólice.
- 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. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 6.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro.

7. CARÊNCIA

- 7.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. Para esta cobertura, os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
 - a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
 - e) Cópia da Ficha de Registro de Empregado Frente e Verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
 - f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
 - g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
 - h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor
 - i) Certidão de nascimento;
 - j) 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).

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

CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CONJUGE (IC)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento do capital segurado estipulado, em caso de morte de seu cônjuge, ou ainda em consequência de algum dos demais eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, até o limite do valor do capital segurado contratado em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

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 principal, observada a legislação brasileira a respeito da união estável.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. A(s) cobertura(s) contratada(s) para o Cônjuge será(ão) estabelecida(s) contratualmente, de acordo com o disponível no item 3. Coberturas do Seguro das condições gerais e obedecerão às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nas condições gerais e especiais das coberturas, podendo ser elas:

- a) Morte (M) e/ou Morte Qualquer Causa (MQC);
- b) Morte Acidental (MA) e/ou Indenização Especial por Morte Acidental (IEA)
- c) Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- d) Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM);
- e) Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- f) Cobertura de Antecipação Especial por Doença (AED);
- g) Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD);
- h) Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional (ILPD);
- i) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Natural ou Acidental;
- j) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Acidental;
- k) Cobertura de Auxílio Cesta Básica (CB);
- l) Cobertura de Auxílio Cesta Básica por acidente (CB);
- m) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Natural ou Acidental;
- n) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental;
- o) Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas decorrentes de Acidente (DMHO).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais e Especiais do seguro, exclui-se desta cláusula o cônjuge do segurado principal que faça parte do grupo segurado também na condição de segurado principal.
- 4.2. Não poderá participar desta Cláusula suplementar o cônjuge ou companheiro(a) que já faça parte do mesmo grupo segurável como Segurado Principal.

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 complementar será:
- a) A data de início da cobertura do segurado principal, para cônjuges admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo; ou
 - b) A data da inclusão desta cláusula no seguro, caso ocorra após o início de vigência da apólice.
- 6.2. Além das situações previstas nos itens “Cancelamento do Seguro” e “Cessação da Cobertura Individual” das Condições Gerais do seguro, o seguro do cônjuge terminará:
- a) Com a morte do cônjuge;
 - b) Com a separação de fato, com a separação judicial, com o divórcio ou fim da união estável.

7. CAPITAL SEGURO

- 7.1. O capital segurado será definido no contrato, sendo expresso em percentual aplicável ao capital segurado estabelecido para o segurado principal, 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 e constará na apólice e certificado individual.
- 7.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, o descrito em cada condição contratual das coberturas contratadas.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. No caso da morte do cônjuge/companheiro, o beneficiário será o próprio segurado principal.
- 8.2. Nas demais coberturas, fica estabelecido o constante nas condições especiais de cada cobertura.
- 8.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Titular e do cônjuge, os Capitais Segurados serão pagos aos respectivos Beneficiários indicados pelo Segurado Titular, ou se na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. A Relação de Documentos básicos está disposto nas Condições Gerais do seguro e constante nas condições especiais de cada cobertura conforme mencionado no item 3 “Riscos Cobertos” referente as coberturas, incluir ainda os documentos abaixo:
- a) Certidão de Casamento atualizada;
 - b) Declaração pública de União Estável declarando o tempo de convivência marital, com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
 - c) Provas de União Estável;
 - d) Documentos Pessoais do Conjuge e/ou Companheiro(a): RG, CPF e Comprovante de Residência.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento do capital segurado estipulado ao segurado principal em caso de morte de seu(s) filho(s) dependente(s), até o limite do valor do capital segurado contratado em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.
- 1.2. A condição de dependência do(s) filho(s) será apurada conforme os critérios da regulamentação do imposto de renda vigente na data do evento.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Para efeito desta Cláusula Suplementar, considera-se filhos dependentes do segurado principal, assim considerados conforme a regulamentação do imposto de renda vigente na ocorrência do evento.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. A(s) cobertura(s) contratada(s) para o(s) filho(s) será(ão) estabelecida(s) contratualmente, de acordo com o disponível no item 4. das Condições Gerais e obedecerão às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nas condições gerais e especiais das coberturas, podendo ser elas:
 - a) Cobertura de Morte Qualquer Causa;
 - b) Cobertura de Morte Acidental;
 - c) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Natural ou Acidental;
 - d) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Acidental;
 - e) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Natural ou Acidental;
 - f) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental.
- 3.2. Poderão fazer parte do seguro os filhos dependentes do cônjuge do segurado principal, conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.
- 3.3. No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes originais, incluindo despesas com traslado.
- 3.4. Não estarão cobertas despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.
- 3.5. Quando ambos os pais forem segurados dentro de um mesmo grupo, cada filho estará segurado apenas uma vez, sendo considerado dependente daquele que possuir o maior capital segurado, e que será denominado segurado principal para fins desta cláusula.
- 3.6. Não pode(m) participar desta cobertura o(s) filho(s) que faça(m) parte do Grupo de Segurados Titulares.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

5. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO

- 5.1. A inclusão de filhos no seguro ocorrerá de forma automática.

6. VIGÊNCIA E TÉRMINO DO RISCO INDIVIDUAL

- 6.1. O início de vigência do risco individual previsto nesta cláusula suplementar será:
- a) A data de início da cobertura do segurado principal; ou
 - b) A data da inclusão desta cláusula no seguro, caso ocorra após o início de vigência da apólice.
- 6.2. Além das situações previstas nos itens “Cancelamento do Seguro” e “Cessação da Cobertura Individual” das Condições Gerais do seguro, o seguro sob esta cláusula suplementar terminará com a perda da condição de dependência ou com a morte do filho.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O capital segurado será definido no contrato, sendo expresse em percentual aplicável ao capital segurado estabelecido para o segurado principal, 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 e constará na apólice e certificado individual.
- 7.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, o descrito em cada condição contratual das coberturas contratadas.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. No caso da morte de filho segurado dependente, o beneficiário será o próprio segurado principal.
- 8.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referente às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes aos herdeiros legais do segurado.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. A Relação de Documentos básicos está disposto nas Condições Gerais do seguro e constante nas condições especiais de cada cobertura conforme mencionado no item 3 “Riscos Cobertos” referente as coberturas.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLAUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. OBJETIVO

- 1.1. Seguradora e estipulante acordam que, mediante inserção desta Cláusula Suplementar no seguro, ao final de vigência da apólice haverá distribuição do excedente técnico porventura existente ao estipulante e/ou segurados, de acordo com os critérios a seguir estabelecidos.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Excedente técnico** é a diferença positiva entre as receitas e despesas da apólice, de um determinado período.
- 2.2. O período de apuração é composto por 12 (doze) meses a contar do início de vigência ou da data de aniversário anual da apólice.

3. CRITÉRIOS PARA A DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

- 3.1. Será distribuído ao estipulante, como excedente técnico, um percentual do saldo positivo da apólice livremente pactuado e constante da Proposta de Contratação e do Contrato firmado entre as partes.
- 3.2. A distribuição de excedente técnico fica condicionada à existência de uma quantidade mínima mensal de vidas de segurados, pactuada no contrato, durante a vigência do seguro.
- 3.3. A distribuição do excedente técnico será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- 3.4. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos segurados.
- 3.5. Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da apólice durante a vigência do contrato.

4. APURAÇÃO DO RESULTADO

- 4.1. Consideram-se como receitas e despesas, para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:
- 4.1.1. Receitas:

- a) Prêmios líquidos de competência correspondente ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

4.1.2. Despesas:

- a) Saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;
- b) As comissões de corretagem, administração (pró-labore), agenciamento e outras pagas durante o período de apuração;
- c) Valor total dos sinistros ocorridos e avisados em qualquer época e as despesas de sinistros, ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma vez só os sinistros com pagamentos parcelados;
- d) As despesas efetivas de administração, estabelecidas;
- e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período, conforme acordado com o estipulante;
- f) Alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores;
- g) Prêmios de resseguro, quando houver.

4.2. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) Do respectivo mês do pagamento, para prêmios e comissões;
- b) Do mês do aviso à seguradora, para os sinistros;
- c) Do respectivo mês de apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) Das datas em que incorreram, para as despesas de administração.

4.3. Os valores apurados como resultado técnico devem ser atualizados monetariamente pelo índice para atualização de valores previsto no item “Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro” das Condições Gerais do seguro, desde o término do período de apuração determinado no contrato, até a data de sua distribuição como excedente técnico.

4.4. Eventuais novos itens de receitas e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre seguradora e estipulante.

4.5. Todos os encargos incidentes sobre Prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de cálculo do Excedente Técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre Sinistros pagos em atraso que não tenham sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO AFASTAMENTO COLABORADOR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao empregador o pagamento do capital segurado contratado em caso de afastamento decorrente de evento coberto dos seus colaboradores, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-se risco coberto afastamentos decorrentes de:

- a) Licença maternidade.
- b) Licença paternidade.
- c) Afastamento decorrente de acidente pessoal, para que haja cobertura, é necessário que o colaborador fique afastado por, pelo menos, 30 (trinta) dias e tenha recebido o auxílio acidente do INSS.

- 3.2. Os tipos de afastamentos contratados estarão descritos no contrato com o respectivo capital segurado.

- 3.3. O início do afastamento deverá ocorrer dentro do período de vigência do segurado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Aplicam-se as exclusões 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 para Auxílio creche, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora na proposta de contratação e apólice.

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

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

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 Afastamento Colaborador, os documentos básicos necessários, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
 - e) Cópia da Ficha de Registro de Empregado frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
 - f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
 - g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
 - h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- 7.1.1. Além dos documentos listados acima, deverão ser providenciados os documentos de acordo com o tipo de evento, conforme orientações abaixo:
- a) Licença maternidade ou paternidade:
 - Certidão de nascimento
 - b) Afastamento por acidente
 - Carta de afastamento expedida pelo INSS;

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO INVALIDEZ

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento do capital segurado desta cobertura ao próprio segurado em caso de Aposentadoria por Invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, durante a vigência da apólice e do segurado, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.
- 1.2. A caracterização da invalidez será determinada pelo INSS.

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:
- a) Qualquer aposentadoria que não seja caracterizada por invalidez, ou seja: Aposentadoria Especial por Tempo de Contribuição; Aposentadoria por Idade Urbana; Aposentadoria de Pessoa com Deficiência por Idade; Aposentadoria de Pessoa com Deficiência por Tempo de Contribuição ou Aposentadoria por Tempo de Contribuição do Professor;
 - b) Auxílio Doença, Auxílio Acidente;
 - c) Aposentadorias por invalidez, concedidas antes do início de vigência da apólice;
 - d) Outros benefícios previdenciários.

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 constará na apólice e certificado individual.
- 4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da concessão da aposentadoria por invalidez indicada no termo de concessão do INSS.
- 4.3. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela, em favor do próprio segurado.

5. CARÊNCIA

- 5.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Para a cobertura de Auxílio Invalidez, os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
 - e) Cópia da Ficha de Registro de Empregado frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
 - f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
 - g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
 - h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
 - i) Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, com as devidas datas de concessão;
 - j) Termo de curatela, se for o caso (cópia simples);
 - k) Documentos pessoais do curador (RG, CPF e Comprovante de Residência);

7. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 7.1. As despesas efetuadas com a legitimação da aposentadoria por invalidez são de responsabilidade do próprio 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CASAMENTO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao segurado titular o pagamento do capital segurado contratado em caso do seu casamento no civil, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro, considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.
- 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 2.1 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, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:

- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
- b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;

- e) Cópia da Ficha de Registro de Empregado frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
- h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- i) Certidão de casamento expedida pelo cartório;
- j) Documentos pessoais do cônjuge (RG, CPF e Comprovante de Residência);

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CRECHE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao segurado titular do seguro o reembolso, por período determinado, até o capital segurado contratado em caso de matrícula do(s) seu(s) filho(s) de até 3 (três) anos de idade em creche/escola particular, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.
- 1.2. Quando o pai e a mãe trabalharem na mesma empresa, a cobertura não se acumula.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se as seguintes definições:

- 2.1.1. **Creche/Escola Particular:** Escola ou creche devidamente regularizada junto aos órgãos competentes.
- 2.1.2. **Enteado:** filho biológico somente do cônjuge ou companheiro(a) do Titular.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-se risco coberto a matrícula e permanência, mínima de 2 (dois) meses, do(s) filho(s) de até 3 (três) anos do segurado titular em creche/escola, exclusivamente particular, desde que a solicitação do reembolso seja realizada até 60 (sessenta) dias corridos da última parcela coberta após a matrícula.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:
- 4.1.1. Matrículas em escolas públicas;

4.1.2. Filhos matriculados com idade superior a 3 (três) anos;

4.1.3. Matrículas de Enteados.

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 para auxílio creche, 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 matrícula na creche/escola.

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

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Para a cobertura de auxílio creche, os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:

- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
- b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
- c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
- e) Cópia da Ficha de Registro de Empregado frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
- h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- i) Cópia do contrato de prestação de serviço (creche/escola particular);
- j) Matrícula do filho na creche/escola particular;
- k) Comprovante de pagamento da matrícula e da 2 (duas) primeiras mensalidades, com nota ou cupom fiscal e somente após esta comprovação a parcela será liberada.
- l) Comprovante de pagamento da ultima mensalidade;

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPINV)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, 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, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **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:

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) 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.

2.1.2. Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, quaisquer que sejam suas causas – físicas, psicológicas ou mentais, por exemplo –, 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. Os riscos cobertos fazem parte das condições gerais da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro e nas condições especiais da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), 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. O Capital Segurado de cada cobertura constará na Proposta de Adesão, na Proposta de Contratação, no Certificado Individual e na Apólice, e será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.
- 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. 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 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

7. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 7.1. 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.
- 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 lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada 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.
- 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

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE FILHOS PÓSTUMOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, 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, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.
- 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 Qualquer Causa 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 Especiais para as coberturas de Morte (M) e/ou Morte Qualquer Causa (MQC), Morte Acidental (MA) e/ou Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), deverão ser apresentados os seguintes documentos:
 - a) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
 - b) Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – 10 TIPOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de sobrevivência do segurado, 30 (trinta) dias após o diagnóstico, comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.
- 1.2. O diagnóstico deverá ter sido constatado pela primeira vez após a data de início de vigência da cobertura.
- 1.3. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.
- 1.4. Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade esta cobertura será automaticamente excluída.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. Desde que contratada, a cobertura de Doenças Graves – 10 tipos, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice de seguro, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e/ou exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças ou procedimentos relacionados a seguir, diagnosticado durante a vigência do seguro.
- 2.2. Esta cobertura poderá ser contratada para cônjuge, eventualmente incluído por força de cláusula suplementar.
- 2.3. Esta cobertura adicional não pode ser contratada juntamente com a cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

3. DOENÇAS COBERTAS

- 3.1. Estão cobertas as seguintes doenças ou procedimentos relacionados abaixo:

- I. Acidente Vascular Encefálico (Derrame):** qualquer acidente vascular cerebral com morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana, com sequelas neurológicas permanentes, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela, incluindo-se o infarto do tecido cerebral, hemorragia intracerebral e embolização originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista (neurologista) e evidenciado por sintomas clínicos típicos e resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro.

Devem-se documentar as evidências de déficit neurológico que persistam, no mínimo, por 6 (seis) meses a partir da data do diagnóstico.

- II. Neoplasia Maligna (Câncer):** Para efeitos dessa cobertura, considera-se como Neoplasia Maligna uma proliferação anormal das células, que foge parcial ou totalmente do controle, com efeitos agressivos sobre o organismo. Pode afetar diversos órgãos. Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista ONCOLOGISTA e evidenciado por exame anatomopatológico conclusivo. O termo “câncer” também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.
- III. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):** Para efeito dessa cobertura, são consideradas Cirurgias Coronarianas as cirurgias a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) na artéria coronária(s). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia. Estão cobertas as doenças que não decorram de acidente, ou seja, decorrentes apenas de doenças, não relacionadas a traumas.
- IV. Infarto Agudo do Miocárdio: é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução** prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto agudo do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista, através de relatório médico, exames complementares e basear-se na ocorrência concomitante dos seguintes critérios:
- a) Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica);
 - b) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, supra ou infradesnívelamento de SR, ondas T,Q) ou em Ecocardiograma, Cinecoronariografia ou Cintilografia Cardíaca;
 - c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, incluindo-se enzimas como: Troponina, CK-MB, TGO e TGP.
- V. Insuficiência Renal Terminal:** é a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, através de relatório médico e exames complementares.
- VI. Transplantes de Órgãos:** Submeter-se à procedimento cirúrgico em que o Segurado participa exclusivamente como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único), fígado (inclui transplante parcial), pâncreas, rim, intestino delgado (inclui transplante parcial) ou medula óssea. O transplante parcial ou total da face, mão braço e perna (aloenxertos de tecido composto) também estão cobertos nesta definição. Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

- VII. Perda Total da Fala (Afasia Completa):** Para efeito dessa cobertura, é considerada Perda Total da Fala a perda da capacidade para utilizar a linguagem devido a uma lesão na área do cérebro que a controla ou perda total e irreversível da capacidade física de falar (patologias causadoras de paralisia de ambas as cordas vocais confirmadas por otorrinolaringologista), estabelecida por um período contínuo de 12 meses. As causas psiquiátricas são excluídas.
- VIII. Esclerose Múltipla:** diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por relatório médico de um neurologista e exames complementares, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, e embasado por todos os seguintes critérios:
- a) Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 (seis) meses;
 - b) Ressonância magnética (RM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes no encéfalo ou medula espinhal, características da esclerose múltipla.
- IX. Doença de Alzheimer:** considera-se como Doença de Alzheimer a deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do assegurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista. O diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer deve atender a todos os seguintes critérios:
- a) Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social.
 - b) Alteração da personalidade.
 - c) Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva.
 - d) Ausência de distúrbio da consciência.
 - e) Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia).
 - f) A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.
- X. Diagnóstico de Doença de Parkinson:** para efeito dessa cobertura, são considerados portadores de Doença de Parkinson Grave os segurados que, pelo grau de doença, estejam impedidos de desempenhar suas atividades de vida diária normais de forma definitiva e não for possível o controle terapêutico da doença. Doença de Parkinson é uma doença degenerativa, crônica e progressiva, que afeta o sistema nervoso central (Sistema Nervoso Extra- Piramidal) e provoca sintomas principalmente motores, como tremor e rigidez muscular, diminuição da velocidade dos movimentos e distúrbios do equilíbrio e da marcha. Se a doença de Parkinson for desencadeada pelo uso de certos medicamentos e, pela suspensão destes, houver regressão do quadro neurológico, não estará reconhecido o direito à cobertura. Trata-se de quadro patológico de causa ainda não conhecida, resultante do comprometimento do, e caracterizado pelos seguintes sinais:
- a) **Tremor** - hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;

- b) **Rigidez muscular** - sinal característico e eventualmente dominante, acompanha-se de exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como “sinal da roda dentada”;
- c) **Oligocinesia** - diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos.

4. CARÊNCIA

- 4.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. Além dos riscos descritos nas Condições Gerais como excluídos, a cobertura de Doenças Graves – 10 tipos, não cobrirá nenhuma doença grave relacionada nesta Condição Geral quando estas forem decorrentes de eventos relacionados nos itens “Riscos Excluídos” ou “Perda de Diretos” desta Condição Geral.
- 5.2. Eventos ocorridos em consequência de doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento prévio do segurado e não declaradas;
- 5.3. Todas as doenças decorrentes de acidentes pessoais;
- 5.4. Doenças cuja evolução natural tenha sido agravada por um traumatismo de causa externa;
- 5.5. A doença diagnosticada após o falecimento do segurado, não sendo ela a originária da causa da morte.;
- 5.6. Anomalias congênitas, independentemente de quando se manifestem;
- 5.7. Também estão expressamente excluídos da Cobertura de Doenças Graves – 10 tipos, os diagnósticos a seguir:
 - I. Acidente Vascular Encefálico (Derrame):
 - a. **Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios (AIT) e síndromes correlatas e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND);**
 - b. **Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos; hemorragias encefálicas pós-operatórias;**
 - c. **Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos;**
 - d. **Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).**
 - e. **Qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;**
 - f. **Injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;**
 - g. **Hemorragia cerebral causada por acidente;**
 - h. **Hemorragia cerebral causada por tumores;**
 - i. **Hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;**
 - j. **Obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e**
 - k. **Sintomas neurológicos causado por enxaquecas.**

II. Câncer:

- a. Qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência da apólice e cuja recidiva ou invasão ocorra após o início de vigência da apólice.
- b. Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical –NIC-1, NIC-2 e NIC- 3);
- c. Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2N0M0.
- d. Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estágio A de Binet;
- e. Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estágio IA (T1aN0M0);
- f. Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1N0M0;
- g. Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;
- h. Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial;
- i. Gamopatia monoclonal de significado indeterminado;
- j. Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. Pylori;
- k. Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estágios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010;
- l. Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia;
- m. Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia;
- n. Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

III. Cirurgias Coronarianas

- a. Angioplastia coronariana ou colocação de Stent;
- b. Outros procedimentos intra-arteriais;
- c. Cirurgia do tipo “key-hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado, utilizando cateteres cirúrgicos);
- d. Quaisquer procedimentos e técnicas não cirúrgicas;
- e. Cirurgia de qualquer ramo da aorta torácica ou abdominal (incluindo enxertos de bypass aorto-femoral e aorto-ilíaco);
- f. Cirurgia da aorta relacionada com as doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por ex. síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos);
- g. Cirurgia após lesão traumática da aorta;
- h. Clipagem da valva mitral transcatheter.

IV. Infarto Agudo do Miocárdio:

- a. Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável);
- b. Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa);

- c. **Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasma coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas;**
- d. **Infarto do miocárdio que ocorra até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.**
- e. **Os infartos do miocárdio antigos demonstrados no eletrocardiograma - ECG, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável, angina decúbito e outras síndromes coronarianas agudas estarão expressamente excluídos de infarto;**

V. **Insuficiência Renal Terminal:**

- a. **Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.**
- b. **Insuficiência renal aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.**

VI. **Transplantes de Órgãos:**

- a. **Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano;**
- b. **Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, quando o segurado (receptor) não apresente insuficiência plena do referido órgão;**
- c. **Transplantes com órgão de animais, não humanos;**
- d. **Autotransplantes;**
- e. **Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados;**
- f. **Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas);**
- g. **Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas;**

VII. **Esclerose Múltipla:**

- a) **Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla;**
- b) **Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.**

VIII. **Doença de Alzheimer:**

- a) **Outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas;**

IX. **Cirurgia das Valvas Cardíacas:**

- a) **Clipagem da valva mitral transcatéter.**

X. **Parkinson:**

- b) **Os quadros de doença de Parkinson consequentes de acidentes ou dependência química;**
- c) **Doença ou Mal de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;**

- d) **Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;**
- e) **Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;**
- f) **Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo;**
- g) **Fase inicial da Doença de Parkinson.**

6. CAPITAL SEGURO

- 6.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro e apólice.
- 6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data do diagnóstico ou do transplante do titular, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.
- 6.3. Caracterizado o sinistro, o pagamento do capital segurado será feito em parcela única.
- 6.4. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.
- 6.5. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais, a cobertura será automaticamente cancelada.

7. LIQUIDAÇÃO SINISTRO

- 7.1. Para a cobertura de Doenças Graves, os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
 - a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
 - e) Cópia da Ficha de Registro de Emprego frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
 - f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
 - g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
 - h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
 - i) Relatório do médico assistente que acompanha o tratamento do segurado, com firma reconhecida;
 - j) Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada;
 - k) Cópia legível do(s) Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento;
 - l) Cópia legível dos exames de imagem com a devida identificação (data e nome) na película;
 - m) Cópia do Atestado Médico constando a CID, devidamente assinado e carimbado com CRM;
 - n) Cópia do Laudo Anatomopatológico, caso tenha sido realizado;
 - o) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento, em caso de acidente ou doença;
 - p) Cópia completa do Boletim de Alta Médica Hospitalar, se for o caso;

- q) Cópia completa de todos os exames realizados, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
- r) Cópia completa do Prontuário Médico do Segurado;
- s) Relatório Médico complementar, elaborado pelo médico assistente especialista na doença, informando qual o tratamento instituído, medicamento prescritos, prognóstico e evolução da patologia;
- t) Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, com as devidas datas de concessão, quando for o caso;
- u) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
- v) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado (original), quando for o caso;
- w) Documentos pessoais do(a) curador(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);

7.2. 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.

7.3. 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.

8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

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

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, desempatador, 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 os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES – 17 TIPOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de sobrevivência do segurado, 30 (trinta) dias após o diagnóstico, comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas ou da realização de um procedimento médico coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização. O diagnóstico deverá ter sido constatado pela primeira vez após a data de início de vigência da cobertura.
- 1.2 Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.
- 1.3 Quando o segurado atingir 70 (setenta) anos de idade esta cobertura será automaticamente excluída.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. Desde que contratada, a cobertura de Doenças Graves – 17 tipos, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice de seguro, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos, de uma das doenças ou procedimentos relacionados a seguir, diagnosticado durante a vigência do seguro.
- 2.2. Esta cobertura poderá ser contratada para cônjuge, eventualmente incluído por força de cláusula suplementar.
- 2.3. Esta cobertura adicional não pode ser contratada juntamente com a cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

3. DOENÇAS COBERTAS

- 3.1. Estão cobertas as seguintes doenças ou procedimentos relacionados abaixo:

- I. **Acidente Vascular Encefálico (Derrame):** qualquer acidente vascular cerebral com morte de tecido encefálico devido a evento encéfalo-vascular agudo causado por trombose ou hemorragia intracraniana, com sequelas neurológicas permanentes, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela, incluindo-se o infarto do tecido cerebral, hemorragia intracerebral e embolização originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista (neurologista) e evidenciado por sintomas clínicos típicos e resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro.

Devem-se documentar as evidências de déficit neurológico que persistam, no mínimo, por 6 (seis) meses a partir da data do diagnóstico.

- II. **Neoplasia Maligna (Câncer):** Para efeitos dessa cobertura, considera-se como Neoplasia Maligna uma proliferação anormal das células, que foge parcial ou totalmente do controle, com efeitos agressivos sobre

o organismo. Pode afetar diversos órgãos. Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno, caracterizada pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista ONCOLOGISTA e evidenciado por exame anatomopatológico conclusivo. O termo “câncer” também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

III. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas

(Bypass): Para efeito dessa cobertura, são consideradas Cirurgias Coronarianas as cirurgias a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) na artéria coronária(s). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia. Estão cobertas as doenças que não decorram de acidente, ou seja, decorrentes apenas de doenças, não relacionadas a traumas.

IV. Infarto Agudo do Miocárdio: é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução

prolongada do fluxo sanguíneo. A caracterização de infarto agudo do miocárdio se baseia no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina ou CKMB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico cardiologista, através de relatório médico, exames complementares e basear-se na ocorrência concomitante dos seguintes critérios:

- a) Sintomas de isquemia (p.ex. dor torácica);
- b) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, supra ou infradesnívelamento de SR, ondas T,Q) ou em Ecocardiograma, Cinecoronariografia ou Cintilografia Cardíaca;
- c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, incluindo-se enzimas como: Troponina, CK-MB, TGO e TGP.

V. Insuficiência Renal Terminal: é a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda

progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, através de relatório médico e exames complementares.

VI. Transplantes de Órgãos:

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

VII. Perda Total da Fala (Afasia Completa):

Para efeito dessa cobertura, é considerada Perda Total da Fala a perda da capacidade para utilizar a linguagem devido a uma lesão na área do cérebro que a controla ou perda total e irreversível da capacidade física de falar (patologias causadoras de paralisia de ambas as cordas vocais confirmadas por otorrinolaringologista), estabelecida por um período contínuo de 12

meses. As causas psiquiátricas são excluídas. O diagnóstico deve ser confirmado por médico especialista (otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço) e embasado por exames especializados.

VIII. Esclerose Múltipla: diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, que deve ser confirmado por relatório médico de um neurologista e exames complementares, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas, e embasado por todos os seguintes critérios:

- c) Comprometimento atual da função motora ou sensorial que deve ter persistido continuamente por um período mínimo de 6 (seis) meses;
- d) Ressonância magnética (RM) que mostre pelo menos duas lesões desmielinizantes no encéfalo ou medula espinhal, características da esclerose múltipla.

IX. Doença de Alzheimer: considera-se como Doença de Alzheimer a deterioração da capacidade intelectual ou comportamento anormal, apresentado pelo estado clínico e aos questionários padronizados a respeito da doença de Alzheimer, ou de alterações orgânicas irreversíveis, excluindo neurose e doenças psiquiátricas que resultam na diminuição importante do funcionamento social e que requer supervisão contínua do assegurado. O diagnóstico deverá ser confirmado clinicamente por médico especialista. O diagnóstico definitivo de doença de Alzheimer deve atender a todos os seguintes critérios:

- a) Perda cognitiva, com comprometimento da memória e das funções executivas cerebrais (planejamento, organização, abstração e sequenciamento), que resulta em redução significativa da capacidade mental e do desempenho social.
- b) Alteração da personalidade.
- c) Início gradual e declínio progressivo da função cognitiva.
- d) Ausência de distúrbio da consciência.
- e) Achados neuropsicológicos e de neuroimagem típicos (por ex. tomografia).
- f) A doença terá de exigir supervisão constante (24h) de terceiros. O diagnóstico da doença e a necessidade de supervisão constante devem ser confirmados por médico neurologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

X. Diagnóstico de Doença de Parkinson: para efeito dessa cobertura, são considerados portadores de Doença de Parkinson Grave os segurados que, pelo grau de doença, estejam impedidos de desempenhar suas atividades de vida diária normais de forma definitiva e não for possível o controle terapêutico da doença. Doença de Parkinson é uma doença degenerativa, crônica e progressiva, que afeta o sistema nervoso central (Sistema Nervoso Extra- Piramidal) e provoca sintomas principalmente motores, como tremor e rigidez muscular, diminuição da velocidade dos movimentos e distúrbios do equilíbrio e da marcha. Se a doença de Parkinson for desencadeada pelo uso de certos medicamentos e, pela suspensão destes, houver regressão do quadro neurológico, não estará reconhecido o direito à cobertura. Trata-se de quadro patológico de causa ainda não conhecida, resultante do comprometimento do, e caracterizado pelos seguintes sinais:

- a) **Tremor** - hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
- b) **Rigidez muscular** - sinal característico e eventualmente dominante, acompanha-se de exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como “sinal da roda dentada”;

c) **Oligocinesia** - diminuição da atividade motora espontânea e consequente lentidão de movimentos.

XI. Perda Total da Audição: Perda total ou profunda e irreversível da audição em ambos os ouvidos, causada por Acidente Pessoal coberto ou doença, de acordo com o seguinte critério:

- a) Os limiares auditivos sensorio-neurais aferidos por audiograma devem ser maiores ou iguais a 90dB (decibéis), simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz e em ambas as orelhas;
- b) O diagnóstico deve ser feito por médico otorrinolaringologista, evidenciado por exames audiológicos e aceito pelas sociedades médico-científicas especializada como por exemplo, audiograma, BERA – Audiometria de Tronco Cerebral, emissão otoacústica.

XII. Perda Total da Visão (Cegueira): Perda irreversível, total ou quase total, da visão de ambos os olhos causada por Acidente Pessoal coberto ou doença. O diagnóstico deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas, feito por oftalmologista e evidenciado por exames específicos, obedecendo aos seguintes critérios:

- a) Acuidade visual para distância menor ou igual a 20/400 (0,05), no melhor olho, com a melhor correção possível;
- b) Campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

XIII. Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP): bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um coágulo de sangue (trombo ou êmbolo) se desloca de seu local de formação e interrompe o fornecimento sanguíneo arterial dos pulmões. Haverá cobertura para embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar quando houver redução permanente e moderada da função respiratória comprovada com exames específicos.

XIV. Paralisia de Membros: Perda total, completa e irreversível da função motora muscular e sensitiva de dois ou mais membros (hemiplegia, paraplegia, triplegia, tetraplegia), decorrente de Acidente Pessoal coberto ou doença que afete a medula espinhal ou o encéfalo. O diagnóstico deve ser confirmado por médico neurologista e embasado por exames de imagem, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 90 (noventa) dias após a data do diagnóstico. Entende-se:

- a) Por paralisia total: se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council.
- b) Por paralisia completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste. Por paralisia irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento.

XV. Queimadura: queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do Segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

XVI. Perda de Membros: amputação de dois ou mais membros provocados por acidente ou doença. Será considerada coberta exclusivamente a amputação ocorrida acima do cotovelo ou punho para membros

superiores e acima do joelho ou tornozelo para membros inferiores. Os níveis de amputação a serem cobertos (cotovelo ou punho e joelho ou tornozelo) deverão ser estabelecidos contratualmente. O laudo deve ser dado por médico especialista.

XVII. Enfisema Pulmonar: doença crônica caracterizada pela destruição parcial ou total do tecido pulmonar que se torna hiper insuflado. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por pneumologista.

4. CARÊNCIA

- 4.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. A cobertura de Doenças Graves – 17 tipos, não cobrirá nenhuma doença grave relacionada nesta Condição Geral quando estas forem decorrentes de eventos relacionados nos itens “Riscos Excluídos” ou “Perda de Diretos” desta Condição Geral.
- 5.2. Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro.
- 5.3. Também estão expressamente excluídos da Cobertura de Doenças Graves – 17 tipos, os diagnósticos a seguir:

I. Acidente Vascular Encefálico (Derrame):

- a. Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios (AIT) e síndromes correlatas e déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND);
- b. Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos; hemorragias encefálicas pós-operatórias;
- c. Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos;
- d. Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso).
- e. Qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;
- f. Injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- g. Hemorragia cerebral causada por acidente;
- h. Hemorragia cerebral causada por tumores;
- i. Hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
- j. Obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
- k. Sintomas neurológicos causado por enxaquecas.

II. Câncer:

- o. Qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência da apólice e cuja recidiva ou invasão ocorra após o início de vigência da apólice.
- p. Tumores histologicamente classificados como pré-malignos, não-invasivos ou in situ (incluindo carcinoma ductal ou lobular in situ da mama, e neoplasia intra-epitelial cervical –NIC-1, NIC-2 e NIC- 3);
- q. Câncer de próstata com classificação histológica com escore de Gleason menor do que 7 ou estadiamento menos avançado que T2N0M0.
- r. Leucemia linfocítica (ou linfóide) crônica – LLC no estágio A de Binet;
- s. Carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas da pele, exceto se houver metástase; e melanoma maligno estágio IA (T1aN0M0);
- t. Carcinoma papilífero da tireoide menor que 1cm de diâmetro e histologicamente classificado como T1N0M0;
- u. Microcarcinoma papilífero da bexiga histologicamente classificado como Ta;
- v. Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial;
- w. Gamopatia monoclonal de significado indeterminado;
- x. Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. Pylori;
- y. Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estágios I e II, de acordo com o Manual do American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edição, 2010;
- z. Linfoma cutâneo, exceto se houve tratamento com quimioterapia ou radioterapia;
- aa. Carcinoma microinvasivo da mama (classificado histologicamente como T1mic), exceto se foi realizada mastectomia, quimioterapia e radioterapia;
- bb. Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

III. Cirurgia de Revascularização Miocárdica com Implante de Pontes Vasculares nas Artérias Coronarianas (Bypass):

- a) Angioplastia coronariana ou colocação de Stent.

IV. Infarto Agudo do Miocárdio:

- a. Síndrome coronariana aguda (angina estável ou instável);
- b. Elevação da troponina sem relação clara com cardiopatia isquêmica (p. ex. miocardite, aneurisma apical, contusão cardíaca, embolia pulmonar, intoxicação medicamentosa);
- c. Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasma coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas;
- d. Infarto do miocárdio que ocorra até 14 dias após angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio.
- e. Os infartos do miocárdio antigos demonstrados no eletrocardiograma - ECG, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável, angina decúbito e outras síndromes coronarianas agudas estarão expressamente excluídos de infarto;

V. Insuficiência Renal Terminal:

- a. Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.
- b. Insuficiência renal aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

VI. Transplantes de Órgãos:

- a. Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano;
- b. Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, quando o segurado (receptor) não apresente insuficiência plena do referido órgão;
- c. Transplantes com órgão de animais, não humanos;
- d. Autotransplantes;
- e. Transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados;
- f. Transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas);
- g. Transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas;

VII. Esclerose Múltipla:

- a) Possível esclerose múltipla e síndromes neurológicas ou radiológicas isoladas que sejam sugestivas, mas não diagnósticas, de esclerose múltipla;
- b) Neurite óptica e neuromielite óptica isoladas.

VIII. Doença de Alzheimer: outras formas de demência devido a perturbações cerebrais ou sistêmicas ou devido a doenças psiquiátricas;

IX. Parkinson:

- a. Os quadros de doença de Parkinson consequentes de acidentes ou dependência química;
- b. Doença ou Mal de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;
- c. Doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante a Doença ou Mal de Parkinson;
- d. Doença ou Mal de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;
- e. Doença ou Mal de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo;
- f. Fase inicial da Doença de Parkinson.

X. Perda Total da Audição:

- a. Surdez de origem central (sistema nervoso central);

XI. Perda Total da Fala:

- a) Perda da capacidade de falar psicogênica / psiquiátrica ou decorrente de lesões ou doenças no sistema nervoso central;
- b) Mudança de tom, na produção e na qualidade da voz (disfonia, rouquidão)
- c) Perdas temporárias da voz decorrente de Acidente Pessoal coberto ou doença.

XII. Perda Total da Visão (Cegueira): cegueira de origem central (sistema nervoso central);

XIII. Embolia Pulmonar ou Tromboembolismo Pulmonar (TEP): eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a embolia pulmonar ocorrida dentro da vigência da Apólice em decorrência pré-existente.

XIV. Enfisema pulmonar: asma e/ou bronquite, quando não dependentes de oxigênio contínuo.

XV. Paralisia de Membros:

- a) Perda parcial das funções motoras e sensitivas (paresias);
- d) Quaisquer danos que sejam auto-infligidos;
- e) Paralisia provocada por Síndrome de Gullain-Barré;
- f) Paralisias hereditárias ou congênitas;
- g) Paralisias provocadas por distúrbios psiquiátricos ou psicológicos;
- h) Qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória.

6. CAPITAL SEGURO

- 6.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais e apólice do Seguro.
- 6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data do diagnóstico ou do transplante do titular, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.
- 6.3. Caracterizado o sinistro, o pagamento do capital segurado será feito em parcela única.
- 6.4. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à Seguradora. Em hipótese alguma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença grave.
- 6.5. Paga a indenização em decorrência do diagnóstico de qualquer uma das doenças graves relacionadas nestas Condições Gerais, a cobertura será automaticamente cancelada

7. LIQUIDAÇÃO SINISTRO

- 7.1. Para a cobertura de Doenças Graves, os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
 - a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
 - e) Cópia da Ficha de Registro de Empregado frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
 - f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
 - g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.

- h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- i) Relatório do médico assistente que acompanha o tratamento do segurado, com firma reconhecida;
- j) Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada;
- k) Cópia legível do(s) Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento;
- l) Cópia legível dos exames de imagem com a devida identificação (data e nome) na película;
- m) Cópia do Atestado Médico constando a CID, devidamente assinado e carimbado com CRM;
- n) Cópia do Laudo Anatomopatológico, caso tenha sido realizado;
- o) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento, em caso de acidente ou doença;
- p) Cópia completa do Boletim de Alta Médica Hospitalar, se for o caso;
- q) Cópia completa de todos exames realizados, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
- r) Cópia completa do Prontuário Médico do Segurado;
- s) Relatório Médico complementar, elaborado pelo médico assistente especialista na doença, informando qual o tratamento instituído, medicamento prescritos, prognóstico e evolução da patologia;
- t) Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, com as devidas datas de concessão, quando for o caso;
- u) Cópia legível de todos os Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento, que comprovem o diagnóstico, evolução e prognóstico atual;
- v) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado (original), quando for o caso;
- w) Documentos pessoais do(a) curador(a) (RG, CPF e Comprovante de Residência);

7.2. 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.

7.3. 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

8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

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

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, desempatador, 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 os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE FRATURAS DE OSSOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização calculada de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Fraturas Cobertas, no Item 6. Indenização desta cláusula, aplicados sobre o valor do capital segurado definido para esta cobertura, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Para fins desta cobertura, define-se como:

- a) **Fratura Completa:** fratura cujo osso tenha rompido de uma extremidade até a outra.
- b) **Fratura incompleta:** quando a fratura acomete apenas parte da superfície óssea ficando os segmentos ainda unidos;
- c) **Fratura Múltipla:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso;
- d) **Fratura Complexa:** fratura exposta (quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior) ou fratura que tenha afetado seriamente a função * de um órgão, cominutiva, com vários fragmentos;
- e) **Fratura de Colles:** fratura no osso rádio em nível do pulso, fratura da extremidade distal do rádio, com deslocamento de fragmento para trás e para fora;
- f) **Fratura de Dedos:** no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Desde que contratada, a cobertura Fratura de Ossos cobre as lesões especificadas no item 6 Indenização, relacionadas exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente dos riscos excluídos conforme item 4, e desde que ocorrido dentro do período de vigência do seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos descritos nas Condições Gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a fratura de ossos ocorrer em consequência de:
- a) **osteoporose (porosidade no osso causada por diminuição progressiva da densidade óssea), fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais o osso é fraturado em uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tal como tumor ósseo, metástase de tumores e doenças do metabolismo ósseo (osteoporose), doenças congênitas, paralisia, desuso, poliomielite, fratura por stress;**
 - b) **acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa à fratura de ossos;**
 - c) **acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;**
 - d) **quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;**
 - e) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;**
 - f) **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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
 - g) **autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;**
 - h) **fraturas ocorridas sobre ossos já previamente lesionados;**
 - i) **eventos que não se incluem no conceito de acidente pessoal, conforme definido nas Condições Gerais.**

5. PERDA DE DIREITOS

- 5.1. Se houver gravamento ou alteração das circunstâncias do sinistro, apresentação de declarações/documentos inexatos ou omissão informações, visando obter o pagamento de indenização indevida ou maior que a devida.
- 5.2. For verificada a simulação de sinistro ou se ocorrer fraude ou tentativa de fraude;

6. CAPITAL SEGUADO

- 6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Lesões Cobertas abaixo e constará na apólice e certificado individual.
- 6.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente.

Cobertura por Fratura de Ossos	% aplicável sobre o valor total do capital segurado
Vértebra Cervical / Pescoço	100
Quadril ou Pelve ou Bacia ou Vértebra Torácica ou Lombar (cada)	80
Crânio	53
Fêmur, Calcâneo, Úmero	40
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula	33
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho (ossos do carpo)	27
Osso esterno, patela (rótula)	13
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)	11
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix	10
Face ou Nariz (exceto Crânio e Maxilar)	4
Costelas (cada)	3
Dedos da mão e do pé (cada)	1

- 6.3. Em caso de ocorrência de um sinistro, o valor do capital segurado será reintegrado após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento.
- 6.4. O valor da indenização, depois de calculado com os percentuais da tabela acima descrita, será pago sob forma de parcela única.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre desde que o segurado seja residente no Brasil.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1. Para acionar esta cobertura de Fraturas de Ossos e dar início a contagem de prazo de regulação de Sinistro, os documentos abaixo listados deverão ser apresentados na Seguradora, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
 - e) Cópia da Ficha de Registro de Empregado frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
 - f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
 - g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
 - h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
 - i) Boletim de Ocorrência Policial;
 - j) Cópia da CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho;
 - k) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito em que o segurado tenha sido o condutor do veículo acidentado;
 - l) Cópia legível do(s) Laudo(s) e Exames realizados durante o tratamento;
 - m) Cópia legível dos exames de imagem (Tomografia, Raio-X e Ressonância Magnética) com a devida identificação (data e nome) na película, que comprovem a fratura sofrida.
 - n) Cópia completa e legível do Boletim Médico de Pronto Atendimento;
 - o) Cópia completa do Boletim de Alta Médica Hospitalar, se for o caso;
- 8.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período da Fratura e a data do aviso do sinistro, a indenização será paga aos herdeiros legais.

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

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

11.1. O beneficiário será o próprio segurado

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE (ILPTA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização ao segurado desde que requerido, nos casos em que for comprovada, através de declaração médica e exames complementares, invalidez laborativa permanente e total decorrente de acidente do segurado ocorrido, e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.
- 1.2. É considerada invalidez laborativa permanente total por acidente aquela ocasionada em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação para o exercício pleno da atividade laborativa principal do segurado, definida como aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.
- 1.3. Não podem figurar como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por acidente profissional, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Para fins desta cobertura, entende-se por invalidez laborativa permanente e total por acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.
- 3.2. A atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo de acidente, que acarretou a sua invalidez.
- 3.3. A constatação da Invalidez Laborativa Permanente Total por acidente será feita por declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na especialização do acidente ou através de junta médica.
- 3.4. A perda ou agravamento 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.
- 3.5. A Seguradora se reserva no direito de solicitar a realização de perícia médica ou análise do diagnóstico, por uma junta médica em caso de discordância com a conclusão do departamento médico do segurado.
- 3.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.
- 3.7. Além da comprovação médica, se faz necessário a comprovação da aposentadoria do segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por acidente que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data do início de vigência da cobertura e que o segurado seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).
- 3.8. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital contratado nesta cobertura.
- 3.9. A perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não caracteriza Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 3.10. A indenização por invalidez permanente total por acidente e morte/morte acidental, se contratada, não se acumulam.
- 3.11. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível

constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- c) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos pela lei;
- d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;
- e) Perda de dentes e danos estéticos;
- f) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- g) 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.
- h) Apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outras doenças não enquadradas no conceito de acidente pessoal.
- i) Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas;
- j) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro;
- k) Prática de esporte(s) de alpinismo, asa delta, balonismo, ciclismo, lutas, mergulho, para quedismo, piloto de prova/competição (terrestre/ aéreo e marítimo), rafting, ultra-leve e vôo livre.

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 Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora; e estará expresso na apólice e certificado individual.
- 5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez laborativa permanente e total indicada na declaração médica.
- 5.3. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 6.1. A cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente (ILPTA) será cancelada quando houver pagamento por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD).
- 6.2. Não podem configurar como Segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.
- 6.3. A Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização desta cobertura (ILPTA), ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.
- 6.4. Não estando comprovada a invalidez laborativa permanente e total por acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente os documentos básicos necessários são, além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
 - a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
 - b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado;
 - c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado;
 - 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, contendo a data do acidente, 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);
 - h) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem o quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
 - i) Comprovante de concessão de aposentadoria pelo órgão previdenciário Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) (cópia simples);
 - j) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
 - k) Termo de curatela (cópia simples)
 - l) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
 - m) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original).
- 7.2. A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a

natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares.

- 7.3. 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.
- 7.4. A seguradora reserva-se o direito de não considerar quaisquer resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 8.1. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez laborativa permanente e total por acidente profissional são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante ou nas situações de junta médica, conforme disposto na Cláusula 9.
- 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 médicas 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.
- 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.

1. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 1.1. Para esta cobertura, os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);

- c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
- d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
- e) Cópia da Ficha de Registro de Empregado frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
- h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
- i) Comprovação sobre o afastamento por descanso;
- j) Cópia da folha de ponto que evidencie o descanso;

1.2. A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares.

2. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO POR FIDELIDADE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao segurado titular do seguro, o pagamento do valor do capital contratado, a título de Auxílio Fidelidade, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Fidelidade será a constância dos compromissos assumidos entre trabalhador, estipulante(s) e seguradora.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-se risco coberto o período de trabalho definido nas condições contratuais entre o trabalhador, estipulante e a seguradora. Esta cobertura será devida quando da ocorrência de atingimento de requisitos mínimos acordados entre as partes envolvidas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro e nas condições contratuais entre o trabalhador, estipulante e a seguradora.

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 nas condições contratuais entre o trabalhador, estipulante e a seguradora, 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 por Fidelidade.
- 5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro.
- 5.3. O pagamento do capital será feito em parcela única, conforme definido nas condições contratuais.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Para esta cobertura, os documentos básicos necessários são, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);

- d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
- e) Cópia da Ficha de Registro de Empregado frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
- f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
- g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
- h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;

6.2. A documentação básica listada nas Condições Contratuais não é restritiva. Logo, para a regulação e liquidação do pedido de cobertura, a seguradora poderá solicitar outros documentos de acordo com a natureza do evento e das coberturas contratadas, inclusive informações e esclarecimentos complementares.

7. DIPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO NASCIMENTO DE FILHOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento do capital segurado ao próprio segurado em caso de nascimento de filho(s) durante a vigência da apólice, em conformidade com todas as cláusulas e condições deste seguro. Considerando ainda a análise do pagamento do prêmio, do nexo de causalidade e da ausência de situações que ensejem em riscos excluídos ou ações que possam acarretar a perda do direito à indenização.

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 à 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 e será expresso na apólice e certificado individual.
- 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. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, 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, para além daqueles previstos nas condições gerais do seguro:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo informações sobre a data, causa do evento e com o detalhamento sobre o ocorrido;
 - b) Documentos Pessoais do Segurado (RG, CPF e Comprovante de Residência);
 - c) Dados Bancários do Segurado - Formulário de Autorização de Pagamento Pessoa Física - (Formulário Seguradora);
 - d) Declaração do Empregador informando a data do último dia de atividade laboral, devidamente assinado, carimbado e em papel timbrado;
 - e) Cópia da Ficha de Registro de Empregado frente e verso, devidamente atualizada (contendo as anotações sobre férias, afastamentos e faltas);
 - f) Cópia dos 3 últimos contracheques;
 - g) Cópia do Comprovante de Vínculo Associativo, quando se tratar de Associação.
 - h) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor;
 - i) Certidão de Nascimento do filho;

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.