

SEGURO DE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS – Versão 2.2

CONDIÇÕES GERAIS

ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

Cláusula 1 - OBJETIVO DO SEGURO

O presente contrato de seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou seus Beneficiários o pagamento de uma indenização, até o Capital Segurado contratado, caso o Segurado venha a sofrer um dos eventos cobertos especificados nas coberturas contratadas, observadas as condições contratuais deste seguro e conforme estipulado na Apólice/Certificado de Seguro.

Especificamente para a cobertura de Decessos – Auxílio Funeral por Morte Acidental:

O presente contrato de seguro tem por objetivo garantir ao Segurado/Beneficiário o pagamento de uma indenização, até o Capital Segurado contratado, caso o Segurado e/ou os ocupantes do veículo mencionado na **Proposta de Adesão do Seguro** venham a falecer em virtude de acidente de trânsito, observadas as condições contratuais deste seguro e conforme estipulado na **Proposta de Adesão do** Seguro.

Cláusula 2 - DEFINIÇÕES

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Acontecimento fortuito, casual, imprevisto, não intencional ocasionado por movimento de veículo, ocorrido em vias públicas terrestres, que resulte em danos materiais e/ou corporais.

APÓLICE

Instrumento do contrato de seguro **individual** pelo qual o Segurado repassa à Seguradora a responsabilidade sobre os riscos estabelecidos na mesma, que possam advir. A Apólice contém as cláusulas e Condições Gerais e, quando for o caso, as Especiais, Particulares e respectivos anexos do contrato de seguro.

BENEFICIÁRIO

Pessoa física ou jurídica em favor da qual é devida a indenização em caso de sinistro. O beneficiário pode ser determinado, quando indicado na **Proposta de Adesão**, ou indeterminado, quando desconhecido na formação do contrato.

CAPITAL SEGURADO

É o valor máximo, definido para cada cobertura contratada, a ser pago ao Segurado ou a seus beneficiários, na ocorrência de evento coberto pela Apólice/Certificado de Seguro.

CARÊNCIA

Período de tempo em horas, dias ou meses durante o qual a Seguradora está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

CERTIFICADO DE SEGURO

Nos seguros em grupo, é o documento expedido pela Seguradora provando a existência do seguro para cada indivíduo componente do grupo segurado e que contém os dados dos Segurados contratantes do seguro, coberturas, capitais segurados, franquias, vigência e todos os dados que identificam o risco. A cada alteração de dados, será emitido novo certificado substituindo o anterior.

CÔNJUGE

Denominação de companheiro.

DOENÇAS PREEXISTENTES

Doença de conhecimento do Segurado e não declarada na proposta de adesão.

ESTABELECIMENTO SEGURADO

Conjunto de construções destinado ao desenvolvimento das atividades do Segurado, especificado na Apólice/Certificado de Seguro, incluindo as dependências anexas situadas no mesmo terreno, muros, telhados, instalações fixas de água, gás, eletricidade, calefação, refrigeração e energia solar.

ESTIPULANTE

Pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo de seguro, ficando investida de poderes de representação do Segurado, perante a Seguradora, nos termos da legislação e regulação em vigor.

INDENIZAÇÃO

É o montante do Capital Segurado que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou beneficiário, em decorrência de um evento coberto por este seguro.

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

É a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA

É a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão causado por doença.

PRÊMIO

É a importância paga pelo Segurado à Seguradora em troca da transferência dos riscos a que ele está exposto e que constam na Apólice/Certificado de Seguro.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

PROPOSTA DE ADESÃO

Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

SEGURADO

Pessoa física ou jurídica que contrata o seguro e/ou está exposta aos riscos previstos nas coberturas indicadas na Apólice/Certificado de Seguro e definidos nestas Condições Gerais.

SEGURADORA

É a entidade emissora da Apólice/Certificado de Seguro que, mediante a cobrança de prêmio, assume a cobertura contratada pelo Segurado de acordo com as Condições Gerais do seguro.

SINISTRO

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

VIGÊNCIA

Prazo entre o início e o término do seguro.

Cláusula 3 – CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

1. 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:

I - Incluem-se neste 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 seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

II - Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido acima.

Cláusula 4 - COBERTURAS DO SEGURO

1. As coberturas contratadas somente serão válidas quando estiverem **expressamente** indicadas na **Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão, com cobrança de prêmio adicional**, e respeitadas todas as condições estabelecidas nestas Condições Gerais.

2. Este seguro é composto das seguintes coberturas, que poderão ser contratadas isoladamente:

- **Morte Qualquer Causa;**
-
- **Morte Acidental**
- **Indenização Especial de Morte por Acidente**
- **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**
- **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença**
- **Complementação Salarial por Licença Médica decorrente de Acidente ou Doença**
- **Proteção Financeira por Morte por Acidente**
- **Invalidez Permanente Total por Acidente**
- **Incapacidade Física Temporária**
- **Supermercado**
- **Decessos - Auxílio Funeral por Morte Acidental**
- **Proteção Financeira por Desemprego Involuntário**
- **Auxílio Funeral**

Cláusula 5 - EXCLUSÕES GERAIS

1. Não estarão cobertos pelo presente contrato de seguro as conseqüências diretas ou indiretas das seguintes ocorrências:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a

- natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- c) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se provier da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - d) atos ilícitos dolosos ou culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoa jurídica esta cláusula estende-se aos sócios controladores, dirigentes e administradores;
 - e) imprudência ou negligência do Segurado, assim declarado judicialmente, bem como de atos contrários à lei; e
 - f) suicídio voluntário e premeditado ou sua tentativa ocorridos dentro do período de 2 (dois) anos a contar do início de vigência da Apólice/Certificado de Seguro ou da recondução do contrato depois de suspenso.

Cláusula 6 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

1. A forma de contratação simplificada deste seguro, sem declaração pessoal de saúde dos componentes do Grupo Segurável, pressupõe a responsabilidade do Estabelecimento Segurado pelas informações sobre o enquadramento de cada componente, nas seguintes condições:

I – Funcionários/empregados:

- a) estar em plenas condições de saúde;
- b) estar em plena atividade profissional;
- c) possuir menos de 65 (sessenta e cinco) anos de idade; e
- d) constar na Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

II – Pessoa Física:

- a) estar em plenas condições de saúde; e
- b) possuir menos de 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

2. Não poderão contratar este seguro:

- a) **peças legalmente incapacitadas; e**
- b) **peças com idade superior a 65 (sessenta e cinco) anos completos ou inferior a 18 (dezoito) anos completos.**

Cláusula 7 – ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

1. As coberturas deste seguro abrangem a morte do segurado em qualquer parte do globo terrestre, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restrito ao território brasileiro, porém com a prestação de serviço de traslado de qualquer parte do mundo até o município de moradia habitual no Brasil.

1.1. Para fins de decessos, será considerado “endereço de domicílio” o endereço de moradia habitual do segurado no Brasil.

Cláusula 8 – VIGÊNCIA DO SEGURO

1. O início e o término de vigência do seguro dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das respectivas datas indicadas na Apólice/Certificado de Seguro.

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

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

3.1. O valor pago deverá ser restituído ao Segurado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzida a parcela correspondente ao período “pro rata temporis” em que tiver prevalecido a cobertura.

4. Vigência da cobertura individual

O início de vigência da cobertura individual dar-se-á a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data indicada na Apólice/Certificado de Seguro, ou a partir do primeiro dia do mês subsequente à data de sua inclusão no seguro, quando esta for posterior ao início de vigência do seguro, e cessará quando não houver mais o vínculo entre o segurado e o Estipulante ou quando do recebimento pelo da indenização de invalidez, ou ainda, quando do cancelamento da Apólice/Certificado de Seguro.

Cláusula 9 – CONTRATAÇÃO DO SEGURO

1. Em atendimento à legislação em vigor, o Estipulante deverá, obrigatoriamente na contratação do seguro, fornecer à Seguradora as seguintes informações cadastrais:

1.1. Se pessoa física:

- a) nome completo;
- b) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF);
- c) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição; e
- d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD.

1.2. Se pessoa jurídica:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida;
- c) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); e
- d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;

1.3. Especificamente para a cobertura de Decessos – Auxílio Funeral por Morte Acidental na proposta de adesão ao seguro conterá a descrição do veículo do Segurado, contendo marca, modelo, número da placa e número do chassi.

2. Com base nas declarações prestadas pelo Estipulante na Proposta de Contratação do Seguro, devidamente assinada por este ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros habilitado, a Seguradora, dentro do prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da data do seu recebimento, decidir-se-á pela aceitação ou recusa do seguro, seja em seguros novos ou em alterações.

2.1. A Seguradora fornecerá ao proponente do seguro, protocolo que identifique a proposta de contratação e/ou adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

3. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido no item 2 desta cláusula, poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta de contratação e/ou adesão.

3.1. Caso o Segurado seja pessoa física, a solicitação poderá ocorrer apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 2 desta cláusula.

3.2. Caso o Segurado seja pessoa jurídica, a solicitação poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 2 desta cláusula, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

4. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta de contratação e/ou de adesão, conforme descrito no item 3 desta cláusula, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação solicitada.

5. A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a proposta que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecido para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências.

6. A Seguradora formalizará a recusa, através de correspondência ao Segurado/Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros, especificando o motivo da recusa. A ausência de manifestação por escrito, da Seguradora, no prazo previsto no item 2 desta cláusula, caracterizará a aceitação da Proposta de Contratação do Seguro.

7. Se houver algum erro nos dados e/ou informações constantes na Apólice, o Estipulante deverá solicitar à Seguradora, por escrito, a qualquer momento da vigência, a correção da divergência existente.

8. Não é permitida a presunção de que a Seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta de Adesão e/ou Contratação do Seguro, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na Cláusula 11 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.

Cláusula 10 – RENOVAÇÃO

Por ser este um seguro por prazo determinado, não haverá renovação automática. O Segurado/Estipulante, antes do final de vigência da Apólice/Certificado de Seguro, deverá preencher nova Proposta de Contratação e/ou Adesão do Seguro, **caso deseje permanecer com a cobertura.**

Cláusula 11 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

1. O Segurado e/ou beneficiário, independente de outras estipulações deste seguro, obriga-se à:

- a) **comunicar imediatamente à Seguradora, pela via mais rápida possível, a ocorrência de qualquer fato ou evento que possa vir a se caracterizar como um sinistro, indenizável ou não, nos termos deste contrato, encaminhando posteriormente documento por via formal e escrita contendo data, hora e causas do sinistro;**
- b) **comunicar à Seguradora, de forma imediata, a ocorrência de qualquer fato ou circunstância que possa afetar ou alterar o risco;**
- c) **fornecer à Seguradora ou facilitar o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias e conseqüências do sinistro, a assistência médica inicialmente recebida e a evolução das lesões do Segurado, além de informações complementares solicitadas pela mesma;**
- d) **empregar os meios ao seu alcance para diminuir as conseqüências do sinistro, cuidando para que não se produzam danos maiores;**
- e) **submeter-se ao exame dos médicos designados pela Seguradora, se esta considerar necessário para completar as informações fornecidas, bem como comparecer por conta da Seguradora ao local por ela julgado mais adequado para efetuar os exames; e**
- f) **comunicar à Seguradora de forma imediata sobre qualquer citação, carta, documento, notificação judicial, extrajudicial ou administrativa que se relacione com sinistro coberto por esta Apólice/Certificado de Seguro.**

2. Além das obrigações desta cláusula, o Segurado, em caso de sinistro, deverá cumprir as instruções determinadas nas condições de cada cobertura.

Cláusula 12 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

1. O Estipulante deverá fornecer à Seguradora as informações cadastrais de seus Segurados, respectivos beneficiários e representantes, constantes no item 1.1 da Cláusula 9 – CONTRATAÇÃO DO SEGURO, conforme legislação vigente.

1.1. No ato do pagamento de sinistro ou de devolução de prêmio deverá ser apresentada cópia dos documentos que comprovem os dados acima informados.

2. Constituem, também, obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice/Certificado de Seguro, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
- l) informar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante; e
- m) fornecer à Seguradora e facilitar o seu acesso a toda espécie de informação sobre o estado de saúde do Segurado após a ocorrência do sinistro.

3. Fica estabelecido que qualquer modificação ocorrida na Apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

4. Será expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro;
- b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de, pelo menos, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos.

6. A Seguradora deverá informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-Estipulante sempre que solicitado.

Cláusula 13 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

1. O prêmio deste seguro deverá ser pago, obrigatoriamente, através da rede bancária, ou outras formas admitidas em lei, até as datas de vencimento estabelecidas na Apólice/Certificado de Seguro ou no documento de cobrança emitido pela Seguradora, o qual será encaminhado diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, até 5 (cinco) dias úteis antes da data de seu vencimento.

1.1. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

2. Este seguro poderá ser pago a vista ou custeado através do fracionamento do prêmio, conforme o número de parcelas descrito na Apólice/Certificado de Seguro.

2.1. Nos prêmios fracionados com incidência de juros, é facultado ao Segurado antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados.

3. A falta de pagamento do prêmio à vista, ou da primeira parcela, nas datas indicadas, implicará no cancelamento automático da Apólice/Certificado de Seguro, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

4. No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à 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 a seguir:

TABELA DE PRAZO CURTO

% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da Apólice	% a ser aplicado sobre a vigência original	% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da Apólice	% a ser aplicado 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

4.1. Para percentuais não previstos na tabela de Prazo Curto do item 4 acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

4.2. A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, através de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.

4.3. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos (juros moratórios), dentro do novo prazo de vigência da cobertura, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice/Certificado de Seguro.

4.4. Findo o novo prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

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

5. Se ocorrer um sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

5.1. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

6. Para quitação da parcela correspondente ao fracionamento do prêmio na opção de débito automático, a quitação estará vinculada à confirmação de quitação da parcela, sendo que se não houver saldo suficiente ou o débito não for efetuado pelo banco, a parcela será considerada pendente.

Cláusula 14 – CAPITAL SEGURADO

Os valores dos Capitais Segurados das coberturas contratadas ficarão indicados na Apólice de Seguro e representarão o máximo de responsabilidade da Seguradora para essas coberturas em caso de sinistro coberto.

1. Capital Segurado Global

1.1. O Capital Segurado Global é a importância determinada pelo Estipulante e aceita pela Seguradora para garantir o pagamento das indenizações e é determinado de acordo com o número de segurados e as coberturas contratadas.

2. Capital Segurado Individual

2.1. O Capital Segurado Individual é o valor a ser indenizado ao Segurado ou seu beneficiário individualmente em decorrência de evento coberto, apurado dividindo o Capital Segurado Global pelo total de segurados estabelecido na Apólice/Certificado de Seguro, conforme fórmula abaixo:

$$CSI = \frac{CSGU}{NFS}$$

onde:

CSI = Capital Segurado Individual a ser indenizado;

CSGU = Capital Segurado Global Uniforme;

NFS = Número Total de Funcionários/empregados Segurados.

Cláusula 15 – REINTEGRAÇÃO

Em caso de Invalidez Parcial por Acidente o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

Cláusula 16 – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

1. O Segurado ou seu Beneficiário **declarado na Proposta de Adesão** deverá apresentar à Seguradora os seguintes documentos básicos necessários para a liquidação do sinistro:

- a) Comunicação do sinistro através do Formulário de Aviso de Sinistro (caso não seja fonado), contendo os detalhes sobre a causa e conseqüências do evento; e
- b) Cédula de Identidade e CPF do Segurado e/ou do Beneficiário.

1.1. Além dos documentos mencionados no item 1 acima, o Segurado deverá apresentar, ainda, de acordo com a cobertura afetada, os seguintes documentos:

1.1.1 Morte Qualquer Causa:

- a) Registro de Ocorrência Policial e Laudo Necroscópico (morte acidental);
- b) Certidão de óbito;
- c) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente com veículo);
- d) Guia de recolhimento do FGTS;
- e) Certidão de casamento do funcionário falecido ou declaração que ateste a condição de companheiro(a) (quando o beneficiário for o cônjuge), certidão de nascimento dos filhos (quando os beneficiários forem os filhos) ou certidão de nascimento do funcionário (quando os beneficiários forem os pais); e
- f) Cédula de Identidade e CPF do(s) beneficiário(s).

1.1.2. Morte Acidental:

- a) Certidão de óbito;
- b) Registro de Ocorrência Policial e Laudo Necroscópico;
- c) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente com veículo); e
- d) Cédula de Identidade e CPF do(s) beneficiário(s);

1.1.3. Indenização Especial de Morte por Acidente:

- a) Mesmos documentos solicitados para a cobertura de Morte Acidental

1.1.4. Invalidez Permanente Total ou Parcial Por Acidente

- a) Registro de Ocorrência policial/Laudo policial;
b) Comprovante de reconhecimento do estado de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente emitido pelo órgão de Previdência Oficial (INSS) ou laudo médico definitivo constatando o caráter permanente e o grau da invalidez por acidente;
c) Laudo médico definitivo com a descrição da lesão e o grau de invalidez;
d) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente com veículo); e
e) Guia de recolhimento do FGTS.

1.1.5. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

- a) laudo médico definitivo constatando o caráter permanente da invalidez por doença ou o termo de aposentadoria por invalidez do INSS.

1.1.6. Complementação Salarial por Licença Médica decorrente de Acidente ou Doença

- a) Registro de Ocorrência Policial em caso de acidente;
b) Laudo médico original com detalhamento do evento ou cópia autenticada;
c) Cópia autenticada dos três últimos comprovantes de renda (holerites);
d) Comprovante de recebimento do auxílio doença do INSS.

1.1.7. Proteção Financeira por Morte por Acidente

- a) Certidão de óbito;
b) Registro de Ocorrência Policial e Laudo Necroscópico;
c) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente com veículo); e
d) Cédula de Identidade e CPF do(s) beneficiário(s).

1.1.8. Incapacidade Física Temporária

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
b) Exames realizados que comprovem a Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);
c) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
• última declaração do Imposto de Renda;
• recibo de pagamento autônomo;
• carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
• comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou
• inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro; e
d) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial (BO), quando aplicável.

1.1.9. Supermercado

- a) Certidão de óbito;
b) Registro de Ocorrência Policial e Laudo Necroscópico;
c) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente com veículo); e
d) Cédula de Identidade e CPF do(s) beneficiário(s).

1.1.10. Decessos - Auxílio Funeral por Morte Acidental

- a) Certidão de óbito do Segurado;

- b) Registro de Ocorrência Policial e Laudo Necroscópico;
- c) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente com veículo); e
- d) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral.

1.1.11. Proteção Financeira por Desemprego Involuntário

- a) cópia autenticada da carteira profissional das páginas: foto, qualificação, página do contrato de trabalho e as páginas anterior e posterior a do contrato de trabalho;
- b) cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho contendo a homologação do sindicato ou da delegacia do trabalho;
- c) cópia autenticada do Requerimento do Seguro Desemprego contendo o protocolo do órgão competente.

1.1.12. Auxílio Funeral

- a) Certidão de óbito do Segurado;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral; e
- c) Notas fiscais originais dos gastos efetuados com o sepultamento/cremação

2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar quaisquer outros documentos que julgue necessário para a liquidação do sinistro, mediante dúvida fundada e justificável.

3. O Segurado deverá, obrigatoriamente, apresentar também cópia da documentação enumerada na Cláusula 9 - CONTRATAÇÃO DO SEGURO, sempre que solicitado pela Seguradora.

Cláusula 17 - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

1. Qualquer pagamento de indenização ou direito à indenização com base nesta Apólice/Certificado de Seguro, somente será concretizado após terem sido adequadamente relatadas, pelo Segurado, as características da ocorrência do sinistro, apurada a sua causa, natureza e extensão e comprovados os valores a indenizar e o direito de recebê-los, cabendo ao próprio Segurado/Beneficiário prestar toda a assistência para que tais requisitos sejam plenamente satisfeitos.

2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos de habilitação efetivamente necessários a esta comprovação correrão por conta do Segurado/Beneficiário, salvo se diretamente realizadas pela Seguradora e/ou por ela expressamente autorizadas.

3. Os atos e providências praticados pela Seguradora após a ocorrência do sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.

Cláusula 18 – PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

1. A Seguradora efetuará o pagamento da importância a que estiver obrigada no prazo de 30 (trinta) dias a contar da apresentação dos documentos pertinentes pelo Segurado.

1.1. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar outros documentos e/ou informações complementares. Neste caso, o prazo acima será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

2. Considera-se, como data do evento, para determinação do Capital Segurado:

- a) para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente;
- b) para a cobertura de risco por invalidez, não conseqüente de acidente, a data indicada na declaração médica;
- c) para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nestas Condições Gerais, ressalvado o disposto nas alíneas “a” e “b” acima.

3. Se, depois de paga a indenização por Invalidez Permanente, ocorrer a morte do Segurado exclusivamente em consequência do mesmo, será paga a diferença, SE HOUVER, entre o Capital Segurado das garantias de Morte e Invalidez Permanente e a indenização já paga por Invalidez Permanente.

4. Não havendo acordo entre o Segurado e a Seguradora quanto ao valor da indenização, causa, natureza, extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica formada por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

4.2. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

4.3. 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.

5. O parecer dos médicos nomeados será notificado às partes de maneira imediata e de forma indubitável, ficando vinculado o resultado a este, EXCETO QUANDO IMPUGNADO JUDICIALMENTE POR UMA DAS PARTES DENTRO DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS – NO CASO DA SEGURADORA – E DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS – NO CASO DO SEGURADO, PRAZOS ESTES CONTADOS DA DATA DA NOTIFICAÇÃO. Se não ocorrer nenhuma objeção nesses prazos, o parecer será impugnável.

Cláusula 19 - RECUSA DE SINISTRO

1. Quando a Seguradora recusar um sinistro, deverá comunicar os motivos da recusa, ao Segurado por escrito, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da entrega da documentação solicitada.

2. Se, após o pagamento da indenização, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito ao seu recebimento, esta poderá requerer do Segurado ou seus herdeiros legais os valores pagos indevidamente e demais gastos incorridos no sinistro.

Cláusula 20 - BENEFICIÁRIOS

1. O Segurado deverá, por ocasião do preenchimento da Proposta de Adesão do Seguro, indicar seus Beneficiários, bem como os respectivos percentuais de indenização do seguro, observando as limitações previstas na legislação em vigor.

1.1. O Segurado poderá alterar seus Beneficiários a qualquer tempo mediante comunicação por escrito à Seguradora.

1.2. A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora. A simples solicitação do Segurado não caracterizará a aceitação pela Seguradora.

2. Na ocorrência de invalidez do Segurado, caso tenha sido contratada a garantia que contemple a Invalidez permanente, o Beneficiário do seguro será o próprio Segurado.

3. No caso de não haver indicação de Beneficiário na Proposta de Contratação/Adesão, a indenização será paga aos herdeiros legais, conforme disposto no Art. 792 do Código Civil.

Cláusula 21 – CANCELAMENTO DO SEGURO

1. O seguro poderá ser rescindido a qualquer momento, por iniciativa de qualquer das partes contratantes, mas sempre com a concordância recíproca, e, no caso de seguro coletivo, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo

segurado. A rescisão deverá ser feita por escrito ou por solicitação à nossa central de atendimento, mediante entrega do documento físico assinado pelo segurado e protocolado na Cia.

2. No caso de existir(em) parcela(s) pendente(s) em débito em conta corrente ou cartão de crédito e não haver tempo hábil em bloquear a cobrança da próxima parcela, a seguradora providenciará a devolução por meio do cancelamento do seguro conforme descrito nos itens abaixo.

2.1. Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto, do item 4 da Cláusula 9 – PAGAMENTO DO PRÊMIO.

2.2. Para os prazos não previstos na tabela, deverá ser utilizado o percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.

3. Na hipótese de cancelamento a pedido da Seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de cancelamento.

4. Este seguro ficará automaticamente cancelado, sem qualquer restituição de prêmio e emolumentos, quando:

- a) decorrer o prazo para pagamento do prêmio de qualquer uma das parcelas, na data indicada na Apólice/Certificado/Bilhete de Seguro ou no documento de cobrança, sem que o mesmo tenha sido efetuado e observado o disposto na Cláusula 9 – PAGAMENTO DO PRÊMIO; e
- b) houver fraude ou tentativa de fraude.

Cláusula 22 - PERDA DE DIREITOS

1. Se o Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Contratação e/ou Adesão do Seguro ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

3. O Segurado será obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura do seguro, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

3.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

Cláusula 23 - PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

Cláusula 24 – FORO

O foro competente para dirimir eventuais dúvidas ou questões referentes a este contrato será o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Cláusula 25 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES

1. Os valores devidos em caso de cancelamento da Apólice/Certificado de Seguro serão atualizados monetariamente, sendo a data de obrigação de restituição a data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, este será atualizado monetariamente, sendo a data de obrigação de restituição a data de recebimento do respectivo prêmio.

3. Para os casos de pagamento de indenização, indenização total, indenização inicial e devolução do prêmio quando da recusa da Proposta de Contratação do Seguro, o não pagamento do valor devido dentro do prazo estipulado, respeitando-se a faculdade de suspensão da respectiva contagem, quando for o caso, acarretará em:

- a) atualização monetária, sendo a data de obrigação de pagamento e/ou restituição a data de ocorrência do evento ou a data de formalização da recusa; e
- b) incidência de juros moratórios de **6% aa** (seis por cento ao ano), calculado “pro rata temporis”, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado.

4. O índice utilizado para atualização monetária será o **IPCA/IBGE** - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV), calculado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

5. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

6. O Capital Segurado e os prêmios serão atualizados anualmente.

Cláusula 26 - DISPOSIÇÕES GERAIS

PARA OS CASOS NÃO PREVISTOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, SERÃO APLICADAS AS LEIS QUE REGULAMENTAM OS SEGUROS NO BRASIL.

O REGISTRO DESTES PLANOS NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

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.

A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DAS COBERTURAS DO SEGURO

Cláusula 27 – COBERTURA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA

1. Riscos Cobertos

1.1. Garante aos Beneficiários indicados na Apólice/Certificado de Seguro para esta cobertura o pagamento de uma indenização equivalente ao Capital Segurado contratado para a mesma, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro.

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará os eventos de Morte causados direta ou indiretamente pelas ocorrências determinadas na Cláusula 5 – EXCLUSÕES GERAIS.

Cláusula 28 – COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. Riscos Cobertos

1.1. Garante aos Beneficiários indicados na Apólice/Certificado de Seguro para esta cobertura o pagamento de uma indenização equivalente ao Capital Segurado contratado para a mesma, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, em decorrência de acidente pessoal coberto.

2. Riscos Excluídos

2.1. Além das exclusões da Cláusula 5 – EXCLUSÕES GERAIS e dos eventos não conceituados como “acidente pessoal”, conforme definido na Cláusula 3 – CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL, esta cobertura não indenizará as ocorrências decorrentes direta ou indiretamente de:

- a) acidentes sofridos antes da contratação do seguro que sejam de conhecimento do Segurado, ainda que sua morte ou invalidez ocorra durante a sua vigência;
- b) acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia;
- c) intervenções cirúrgicas de caráter estético;
- d) tratamentos ou exames médicos, clínicos, cirúrgicos ou por equipamentos médico-hospitalares, quando tais procedimentos não forem motivados por acidente coberto pelo seguro;
- e) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa; e
- f) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores.

Cláusula 29 – COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE

1. Riscos Cobertos

1.1. Garante o pagamento de uma indenização adicional correspondente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a cobertura de Morte por Qualquer Causa, apurado conforme o item 3 da Cláusula 15 – CAPITAL SEGURADO, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, em decorrência de acidente pessoal coberto.

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará os eventos de Morte causados direta ou indiretamente pelas ocorrências determinadas no item 2.1 da Cláusula 28 – COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL.

Cláusula 30 – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. Riscos Cobertos

1.1. Garante ao Segurado o pagamento de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura, correspondente ao percentual relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em consequência de acidente pessoal coberto.

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará, além das exclusões determinadas no item 2.1 da Cláusula 28 – COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL, os eventos causados direta ou indiretamente pelas seguintes ocorrências:

a) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa.

3. Determinação do Grau de Invalidez

3.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente por acidente, seja total ou parcial, estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para sua recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

3.2. No caso de invalidez parcial por acidente, não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial será calculado pela aplicação, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado da porcentagem prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final deste item.

3.3. Na falta de indicação do percentual de redução, sendo o grau classificado como máximo, médio ou mínimo, a indenização proporcional será calculada com base nos índices 75 (setenta e cinco), 50 (cinquenta) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente, aplicados sobre a mesma Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final deste item.

3.4. Quando, de um mesmo acidente, resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais estabelecidos para cada um, conforme Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final deste item, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para invalidez permanente total ou parcial por acidente.

3.5. Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, o somatório das indenizações não poderá exceder o total previsto na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final deste item, caso houvesse a perda completa desse membro.

3.6. A perda ou redução maior da função de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dará direito a reclamações, salvo quando declarada previamente na proposta de adesão, caso em que se reduzirá do grau de definitiva a invalidez preexistente no cálculo da indenização.

3.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já deficiente antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

3.8. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final deste item, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

3.9. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.

3.10. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

3.11. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de invalidez total ou parcial por acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

3.12. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito à indenização por invalidez permanente.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE 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
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos radioulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50

Fratura não consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	7
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	3
Ectrópio bilateral	6
Entrópio unilateral	7
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	3
Má oclusão palpebral bilateral	6
Ptose palpebral unilateral	5
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	

Perda total de uma orelha	8
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25% (vinte e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
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.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática	sem indenização
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	2
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo à deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	

Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	5
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	7

Cláusula 31 – COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. Riscos Cobertos

1.1. Garante o pagamento do capital segurado, ao próprio segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, ocorrida durante a vigência do seguro e conseqüente de doença que cause a perda da existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 3 – Comprovação do Quadro Clínico Incapacitante - desta cláusula.

1.2. Entende-se como “invalidez funcional permanente total por doença” aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação que possibilite ao segurado exercer qualquer atividade funcional ou, ainda, os casos de doença em fase terminal atestados por profissional legalmente habilitado, desde que essa doença não seja preexistente.

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará as mesmas exclusões determinadas na Cláusula 5 – EXCLUSÕES GERAIS.

3. Comprovação do Quadro Clínico Incapacitante

3.1. Consideram-se quadros clínicos incapacitantes a ocorrência, comprovada e atestada por um médico legalmente habilitado, de uma das seguintes situações provenientes exclusivamente de doenças:

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásicas malignas ativas sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**

e) doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;

f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) deficiência visual, **decorrente de doença:**

- cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
- ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e

i) os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:

- perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

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

3.3. O IAIF - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

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

3.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.

3.7. O segundo documento Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
-------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?	00
	2º GRAU: O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência 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 déficit cognitivo?	10
	3º GRAU: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental?	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais?	00
	2º GRAU: O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) 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, encontrando-se 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 assistência e/ou auxílio técnico?	20
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O segurado realiza, sem assistência, 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 auto-suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?	00
	2º GRAU: O segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais 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	10

	com uso de copo, prato e talheres)?	
	3º GRAU: O segurado necessita de assistência mantida para as atividades diárias de higiene e asseio pessoal, assim como para aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta)?	2
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	2
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	4
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?	4
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevida e/ou refratariedade terapêutica?	8

Cláusula 32 - COBERTURA DE COMPLEMENTAÇÃO SALARIAL POR LICENÇA MÉDICA DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA

1. Riscos Cobertos

- 1.1. Garante ao Segurado que estiver afastado por mais de 30 (trinta) dias, em decorrência de doença ou acidente, o pagamento das diárias a que tiver direito, se sua incapacidade, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, limitado a 3 (três) meses de benefício.
- 1.2. O capital segurado contratado deverá ser compatível com a renda mensal do segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação ou na renovação do seguro para determinação do capital segurado. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação.

2. Riscos Excluídos

- 2.1. Esta cobertura não indenizará os eventos de Morte causados direta ou indiretamente pelas ocorrências determinadas no item 2.1 da Cláusula 28 – COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL, e do item 2.1 da Cláusula 31 – INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA.

Cláusula 33 - COBERTURA DE PROTEÇÃO FINANCEIRA POR MORTE POR ACIDENTE

1. Riscos Cobertos

- 1.1. Sempre que constar expressamente a inclusão desta cobertura na Apólice/Certificado de Seguro, a Seguradora garantirá o pagamento do Capital Segurado Individual ao beneficiário indicado, em virtude da

ocorrência de Morte por Acidente, ou seja, caso o Segurado venha a falecer em virtude de acidente pessoal coberto.

2. Riscos não cobertos

2.1. Esta cobertura não indenizará os eventos de Morte causados direta ou indiretamente pelas ocorrências determinadas no item 2.1 da Cláusula 28 – COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL.

Cláusula 34 – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. Riscos Cobertos

1.1. Sempre que constar expressamente a inclusão desta cobertura na Apólice/Certificado de Seguro, a Seguradora garantirá o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. Para efeito deste seguro, entende-se como “Invalidez Permanente Total”, os acidentes que resultem em:

- perda total da visão de ambos os olhos;
- perda total do uso de ambos os braços;
- perda total do uso de ambas as pernas;
- perda total do uso de ambas as mãos;
- perda total do uso de um braço e uma perna;
- perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- perda total do uso de ambos os pés;
- alienação mental total e incurável; e
- nefrectomia bilateral.

1.3. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

1.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará, além das exclusões determinadas no item 2.1 da Cláusula 28 – COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL, os eventos causados direta ou indiretamente pelas seguintes ocorrências:

a) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa.

Cláusula 35 – COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA

1. Riscos Cobertos

1.1. Sempre que constar expressamente a inclusão desta cobertura na Apólice/Certificado de Seguro, a Seguradora garantirá o pagamento do capital segurado contratado ao próprio Segurado, em caso de Incapacidade Física Temporária, decorrente de acidente pessoal coberto ou doença.

1.2. Como “Incapacidade Física Temporária” entende-se aquela pela qual o Segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerada habitual por um período superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

1.3. Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que comprovem a atividade exercida conforme item 1.1.8 da Cláusula 16 – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO.

1.4. O Segurado deverá cumprir uma carência de 31 dias, contados da data de contratação do seguro, para ter direito a esta cobertura.

1.5. A franquia será de 15 dias a contar da data de ocorrência do evento coberto.

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará, além das exclusões da Cláusula 5 – EXCLUSÕES GERAIS os eventos causados direta ou indiretamente pelas seguintes ocorrências:

- a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as 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 degenerantes delas conseqüentes;
- b) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
- c) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências, exceto se decorrer diretamente de acidente pessoal coberto;
- d) gravidez, parto ou aborto e suas conseqüências, exceto se decorrer diretamente de acidente pessoal coberto;
- e) hospitalização para a realização de exames de rotina;
- f) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- g) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- h) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- i) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- j) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes;
- k) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
- l) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente; e
- m) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

2.2. Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

Cláusula 36 – COBERTURA DE SUPERMERCADO

1. Riscos Cobertos

1.1. Sempre que constar expressamente a inclusão desta cobertura na Apólice/Certificado de Seguro, a Seguradora garantirá aos Beneficiários indicados na Apólice/Certificado de Seguro para esta cobertura o pagamento de uma indenização equivalente ao Capital Segurado contratado para a mesma, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, em decorrência de acidente pessoal coberto.

2. Riscos Excluídos

2.1. As exclusões da Cláusula 28 – COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL e dos eventos não conceituados como “acidente pessoal”, conforme definido na Cláusula 3 – CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL.

Cláusula 37 – COBERTURA DE DECESSOS - AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL

1. Riscos Cobertos

1.1. Sempre que constar expressamente a inclusão desta cobertura na Apólice/Certificado de Seguro, a Seguradora garantirá o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), no limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento de qualquer um dos ocupantes do veículo mencionado na apólice.

1.1.1. Este seguro é válido para os ocupantes de veículo automotor de via terrestre, mencionado na apólice de seguro. Esta cobertura só terá validade em caso de falecimento, dos (s) ocupante (s) do veículo mencionado na apólice de seguro, decorrente de acidente de trânsito.

1.2. Entende-se por “serviço de sepultamento ou cremação” a cobertura das despesas do funeral, conforme os itens abaixo relacionados:

- urna/caixão;
- carro para enterro (no município de moradia habitual);
- carro/caixão (no município de moradia habitual);
- serviço assistencial;
- registro de óbito;
- taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
- remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
- repatriamento (até o município de moradia habitual);
- paramentos (essa);
- mesa de condolências;
- velas;
- velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- véu; e
- um enfeite e uma coroa.

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará, além das exclusões previstas na Cláusula 5 – EXCLUSÕES GERAIS os eventos causados direta ou indiretamente pelas seguintes ocorrências:

- a) intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- b) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;**
- c) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade; e**
- d) cremação para os segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço.**

3. Assistência ou reembolso

3.1. Fica a critério da família do falecido acionar a Seguradora para solicitar a assistência ou optar por receber reembolso dos gastos efetuados.

- a) Assistência

Após um parente de primeiro grau ter reclamado/liberado o corpo no Instituto Médico Legal a Central de Relacionamento Mapfre Seguros deverá ser acionada para que sejam providenciadas as demais formalidades para o sepultamento ou cremação.

- b) Reembolso

Optando a família do falecido por receber reembolso dos gastos efetuados, é de sua responsabilidade providenciar todas as formalidades legais necessárias para o sepultamento ou cremação do corpo.

O reembolso somente será efetuado pela Seguradora mediante apresentação das notas fiscais originais, R.G, CPF e comprovante de residência (xerox autenticada) da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral, bem como seus dados bancários para o devido reembolso e ainda RG e CPF do falecido.

Cláusula 38 – COBERTURA DE PROTEÇÃO FINANCEIRA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. Riscos Cobertos

1.1. Sempre que constar expressamente a inclusão desta cobertura na Apólice/Certificado de Seguro, a Seguradora garantirá o pagamento de uma indenização equivalente ao Capital Segurado contratado ao Segurado ou ao Beneficiário indicado, em caso de perda involuntária de emprego durante a vigência do seguro, desde que se verifiquem as seguintes condições:

- a) o Segurado deverá possuir vínculo empregatício com carteira assinada e estar trabalhando comprovadamente para uma mesma empresa há pelo menos 12 (doze) meses a contar da data de demissão, com jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais; e
- b) o Segurado fique involuntariamente desempregado (demissão sem justa causa) por um período contínuo de no mínimo 30 (trinta) dias.

1.2. Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data do desligamento do segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional.

2. Riscos não cobertos

2.1. Além das exclusões da Cláusula 5 – EXCLUSÕES GERAIS, esta cobertura não indenizará os desempregos decorrentes de:

- a) afastamento por quaisquer causas;
- b) afastamento e/ou licença de qualquer natureza ou motivo;
- c) adesão a programas de demissão voluntária ou assemelhado;
- d) aposentadoria por quaisquer causas;
- e) dispensa, rescisão ou demissão por justa causa;
- f) demissões negociadas, com ou sem posterior recontração de qualquer natureza, com o mesmo empregador e/ou seu sucessor, ou transferências entre empresas ou associadas do mesmo grupo;
- g) estágios ou programas para trainees ou contratos temporários e/ou terceirizados em geral; e
- h) sinistros ocorridos durante o período de carência.

2.1.1. Estão excluídos desta cobertura os funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial.

3. Carência

3.1. A carência será de 30 (trinta) dias ininterruptos, a contar da data de contratação do seguro.

4. Franquia

4.1. A franquia será de 30 (trinta) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto e após o Segurado ter cumprido o disposto na alínea “b” do item 1.1 desta cláusula.

Cláusula 39 – COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL

1. Riscos Cobertos

1.1. Sempre que constar expressamente a inclusão desta cobertura na Apólice/Certificado de Seguro, a Seguradora garantirá o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), no limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado.

1.2. Entende-se por “serviço de sepultamento ou cremação” a cobertura das despesas do funeral, conforme os itens abaixo relacionados:

- urna/caixão;
- carro para enterro (no município de moradia habitual);
- carro/caixão (no município de moradia habitual);
- serviço assistencial;
- registro de óbito;
- taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
- remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
- repatriamento (até o município de moradia habitual);
- paramentos (essa);
- mesa de condolências;
- velas;
- velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- véu; e
- um enfeite e uma coroa.

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará, além das exclusões previstas na Cláusula 5 – EXCLUSÕES GERAIS os eventos causados direta ou indiretamente pelas seguintes ocorrências:

- a) intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- b) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;**
- c) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade; e**
- d) cremação para os segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço.**

3. Reembolso

3.1. Fica a critério da família do falecido acionar a Seguradora para solicitar o reembolso dos gastos efetuados.

Para que a família do falecido possa receber o reembolso dos gastos efetuados, é de sua responsabilidade providenciar todas as formalidades legais necessárias para o sepultamento ou cremação do corpo.

São Paulo, 23 de janeiro de 2013.

Verônica Gonçalves Batista
Atuária – MIBA Nº 1651