

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Condições Contratuais

Versão 6.3

CNPJ 54.484.753/0001-49
Processo SUSEP nº 10.005289/99-84

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	6
1. OBJETIVO DO SEGURO	6
2. DEFINIÇÕES.....	6
3. COBERTURAS DO SEGURO.....	10
4. RISCOS EXCLUÍDOS	11
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	13
6. CARÊNCIA	13
7. FRANQUIA	13
8. CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO	13
9. BENEFICIÁRIOS	14
10. CAPITAIS SEGURADOS	16
11. CUSTEIO DO SEGURO	16
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	16
13. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO	17
14. SEGURADOS AFASTADOS	18
15. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE	18
16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	19
17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS	19
18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	20
19. PERDA DE DIREITOS	21
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE.....	22
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	22
22. ALTERAÇÕES NA APÓLICE	26
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE	26
24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	27
25. PRESCRIÇÃO	28
26. FORO	28
27. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	28
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	29
COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA	29
28. OBJETIVO DA COBERTURA.....	29
29. CAPITAIS SEGURADOS	29
30. DATA DO EVENTO	29
31. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	29
COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIMES – MA-C	30
32. OBJETIVO DA COBERTURA.....	30
33. RISCOS COBERTOS.....	30
34. RISCOS EXCLUÍDOS	30
35. CAPITAIS SEGURADOS	30
36. DATA DO EVENTO	30
37. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE	31
38. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	31
39. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	31

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA.....	32
40. OBJETIVO DA COBERTURA.....	32
41. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE	32
42. RISCOS EXCLUÍDOS	33
43. CAPITAIS SEGURADOS	33
44. DATA DO EVENTO	34
45. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	34
46. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	34
47. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	34
48. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	34
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – MAJORADA – IPA-M.....	35
49. OBJETIVO DA COBERTURA.....	35
50. RISCOS COBERTOS.....	35
51. RISCOS EXCLUÍDOS	35
52. CAPITAIS SEGURADOS	36
53. DATA DO EVENTO	36
54. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	36
55. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	36
56. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	36
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIMES – IPA-C.....	37
57. OBJETIVO DA COBERTURA.....	37
58. RISCOS COBERTOS.....	37
59. RISCOS EXCLUÍDOS	37
60. CAPITAIS SEGURADOS	37
61. DATA DO EVENTO	38
62. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	38
63. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE	38
64. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	38
65. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	38
66. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	38
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA.....	39
67. OBJETIVO DA COBERTURA.....	39
68. RISCOS COBERTOS.....	39
69. RISCOS EXCLUÍDOS	40
70. CAPITAIS SEGURADOS	40
71. DATA DO EVENTO	40
72. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	41
73. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	41
74. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	41
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH-A	42
75. OBJETIVO DA COBERTURA.....	42
76. DEFINIÇÕES.....	42

77. RISCOS COBERTOS.....	42
78. RISCOS EXCLUÍDOS	43
79. CAPITALS SEGURADOS	44
80. DATA DO EVENTO	44
81. FRANQUIA	44
82. BENEFICIÁRIOS	44
83. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	44
84. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	45

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – DIT–A

.....	46
85. OBJETIVO DA COBERTURA.....	46
86. RISCOS COBERTOS.....	46
87. RISCOS EXCLUÍDOS	46
88. CAPITALS SEGURADOS	47
89. DATA DO EVENTO	47
90. FRANQUIA	48
91. LIMITE DE DIÁRIAS.....	48
92. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	48
93. BENEFICIÁRIOS	48
94. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	48
95. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	48

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO

49	49
96. OBJETIVO DA COBERTURA.....	49
97. RISCOS COBERTOS.....	49
98. RISCOS EXCLUÍDOS	49
99. CAPITALS SEGURADOS	49
100. DATA DO EVENTO	49
101. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	49
102. BENEFICIÁRIOS	50
103. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	50
104. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	50
105. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	50

COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS EM CASO DE MORTE ACIDENTAL – VRMA

51	51
106. OBJETIVO DA COBERTURA.....	51
107. RISCOS COBERTOS.....	51
108. RISCOS EXCLUÍDOS	51
109. CAPITALS SEGURADOS	51
110. DATA DO EVENTO	51
111. BENEFICIÁRIOS	51
112. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	52
113. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	52

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL

53	53
114. OBJETIVO DA COBERTURA.....	53
115. RISCOS COBERTOS.....	53
116. CAPITALS SEGURADOS	53

117. DATA DO EVENTO	53
118. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	53
119. BENEFICIÁRIOS	53
120. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	54
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL.....	55
121. OBJETIVO DA COBERTURA.....	55
122. CAPITALS SEGURADOS	55
123. DATA DO EVENTO	55
124. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	55
125. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	55
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	56
126. OBJETIVO DA COBERTURA.....	56
127. RISCOS COBERTOS.....	56
128. RISCOS EXCLUÍDOS	57
129. CAPITALS SEGURADOS	57
130. DATA DO EVENTO	57
131. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	57
132. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	57
133. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	58
COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IEIPA.....	59
134. OBJETIVO DA COBERTURA.....	59
135. RISCOS COBERTOS.....	59
136. RISCOS EXCLUÍDOS	59
137. CAPITALS SEGURADOS	59
138. DATA DO EVENTO	60
139. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	60
140. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	60
141. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	60
142. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	60
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) – IAC61	
143. OBJETIVO DA COBERTURA.....	61
144. RISCOS COBERTOS.....	61
145. RISCOS EXCLUÍDOS	61
146. CAPITALS SEGURADOS	61
147. DATA DO EVENTO	62
148. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	62
149. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE /COMPANHEIRO(A).....	62
150. TÉRMINO DA COBERTURA DO CÔNJUGE /COMPANHEIRO(A).....	62
151. BENEFICIÁRIOS	62
152. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	62
153. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	63
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE E COMPANHEIRO(A) – IFC.	64
154. OBJETIVO DA COBERTURA.....	64

155. RISCOS COBERTOS.....	64
156. RISCOS EXCLUÍDOS	64
157. CAPITALS SEGURADOS	65
158. DATA DO EVENTO	65
159. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	65
160. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A).....	65
161. TÉRMINO DA COBERTURA DO CÔNJUGE /COMPANHEIRO(A).....	65
162. BENEFICIÁRIOS	65
163. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	66
164. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	66
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF.....	67
165. OBJETIVO DA COBERTURA.....	67
166. DEFINIÇÕES.....	67
167. RISCOS COBERTOS.....	67
168. RISCOS EXCLUÍDOS	68
169. CAPITALS SEGURADOS	68
170. DATA DO EVENTO	68
171. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	68
172. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S).....	68
173. TÉRMINO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S).....	68
174. BENEFICIÁRIOS	68
175. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	69
176. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	69
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS.....	70
177. OBJETIVO	70
178. DEFINIÇÃO.....	70
179. DETERMINAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO	70
180. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	70
181. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO	71
182. PAGAMENTO DO EXCEDENTE	71
183. MODIFICAÇÕES DA CLÁUSULA.....	71
184. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	71
ANEXO I.....	72

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do prêmio, o pagamento de indenização ao beneficiário do seguro, em decorrência de acidente pessoal, respeitadas as condições contratuais em vigor na data da ocorrência do evento coberto, as coberturas contratadas e os limites de capitais segurados contratados, **observados os riscos expressamente excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado, a vigência do contrato de seguro e as demais disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

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:

a) Incluem-se nesse conceito:

- a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.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;
- a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e suas tentativas; e
- a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

- b.1) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, inclusive os decorrentes de sequestros e suas tentativas, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- b.3) 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
- b.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.

Apólice: documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação das coberturas cadastradas.

Aviso de Sinistro: comunicação específica com a finalidade de dar imediato conhecimento à seguradora da ocorrência do evento passível de cobertura.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do capital segurado, respeitada a cobertura contratada, na hipótese de evento coberto.

Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.

Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) capital(is) segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de evento coberto.

Certificado Individual: documento emitido pela seguradora, no seguro coletivo, para a aceitação do proponente ou para renovação ou da alteração do seguro.

Cobertura: risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.

Comoriência: presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

Companheiro(a): pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente e pelo contrato de seguro.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

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

Condições Gerais: conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas e/ou modalidades de um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante.

Contrato de Seguro: instrumento firmado entre o estipulante, subestipulante (se houver) e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, do subestipulante (se houver), da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).

Corretor: intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e os segurados. **O corretor de seguros responde civilmente perante as partes pelos prejuízos que causar no exercício da profissão.**

Culpa Grave: termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: documento utilizado para avaliação do risco pela seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.

Doenças e Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à adesão ao seguro, de seu conhecimento, não declarada na proposta, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou da existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

Domicílio do Segurado: endereço indicado pelo segurado e constante no certificado individual.

Endosso: documento emitido pela seguradora, durante a vigência do seguro, pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice e/ou no certificado individual do seguro.

Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor.

Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a vigência do seguro, enquadrado na cobertura prevista na apólice contratada.

Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice, em determinado período.

Franquia: período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

Grupo Segurado: totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

Grupo Segurável: totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante ou subestipulante (se houver), que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

Impotência Funcional: alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.

Indenização: valor máximo a ser pago ao beneficiário pela seguradora, quando da ocorrência de evento coberto, limitado ao valor do capital segurado individual da respectiva cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do evento.

Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável por seu acompanhamento clínico e diagnóstico do segurado. **A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o 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.**

Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

Proponente: pessoa física interessada em contratar a(s) cobertura(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão: documento que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa sua vontade de aderir à apólice coletiva e manifesta seu pleno conhecimento e concordância das condições contratuais.

Proposta de Contratação: documento assinado pelo estipulante ou subestipulante (se houver), com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, na qual o proponente (estipulante), pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Pro Rata Temporis: no caso do seguro, é o método de calcular o prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos do contrato de seguro.

Redução Funcional: é a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

Regime Financeiro de Repartição Simples: estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao(s) beneficiário(s).

Regulação de Sinistro: processo administrativo que visa verificar as causas e circunstâncias de um evento, a partir de sua comunicação pelo beneficiário e, em face dessas verificações, concluir sobre a sua cobertura ou não, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

Relatório Médico: documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos. **Não será aceito, para fins de avaliação de cobertura, documento emitido por médico que seja o 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.**

Riscos Excluídos: correspondem aos riscos, previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pelo plano de seguro contratado.

Segurado: é a pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Segurado Principal: é o segurado que possui vínculo com o estipulante e/ou subestipulante (se houver).

Segurado Dependente: é o cônjuge ou companheiro(a), filho(s) e/ou enteado(s), do segurado principal, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja segurado principal na referida apólice.

Seguradora: empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de prêmio, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.

Sinistro: é a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do seguro.

Subestipulante: pessoa física ou jurídica que, em razão do vínculo direto ou indireto com o estipulante, que contrata o seguro em favor do grupo segurado a que se vincule e os representa perante a seguradora.

Vigência do Seguro: é o período fixado para validade do contrato de seguro.

Vigência da Cobertura Individual: é o período de tempo fixado no certificado individual em que o segurado permanece amparado pelo seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à seguradora.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. É facultada ao estipulante e/ou subestipulante a escolha das coberturas do seguro, respeitando as regras de conjugação de planos indicadas nesta cláusula, aplicáveis a todo o grupo segurado. O conjunto das coberturas contratadas deverá ser identificado na proposta de contratação, sendo obrigatória a contratação da cobertura básica relacionada abaixo:

3.1.1. Cobertura Básica

a) Morte Acidental – MA

3.1.2. Coberturas Adicionais

a) Morte Acidental Decorrente de Crimes – MA-C

b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA

c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA-M

d) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crimes – IPA-C

e) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA

f) Diária de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente – DIH-A

g) Diária por Incapacidade Física Temporária por Acidente – DIT-A

h) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMHO

i) Verbas Rescisórias em Caso de Morte Acidental – VRMA

j) Auxílio Alimentação por Morte Acidental

k) Despesas Diversas por Morte Acidental

l) Despesas Diversas por Invalidez Permanente Total por Acidente

m) Indenização Especial em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IEIPA

3.1.3. Coberturas Suplementares

a) Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC

b) Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a) – IFC

c) Inclusão Automática de Filhos – IAF

3.1.4. Cláusula Suplementar

a) Excedente Técnico

3.2. A cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crimes – IPA-C somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

3.3. A cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA-M somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

3.4. As coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA e Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não podem ser contratadas em conjunto.

3.5. A cobertura adicional de Indenização Especial em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IEIPA somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

- 3.6. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC permite ao estipulante a contratação das mesmas coberturas que vierem a ser contratadas para o segurado principal, exceto condição contrária estabelecida nas condições contratuais.
- 3.7. As coberturas suplementares de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC e de Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a) – IFC não podem ser contratadas em conjunto.
- 3.8. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF permite ao estipulante a contratação das mesmas coberturas que vierem a ser contratadas para o segurado principal, exceto condição contrária estabelecida nas condições contratuais.
- 3.9. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF fica condicionada à contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC.
- 3.10. Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou de dependente.
- 3.11. A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital(is) segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESCRITAS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS E NAS ESPECIAIS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:
 - A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
 - B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA OCORRIDO PELA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
 - C) DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR PRESCRITOS POR MÉDICOS CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO;
 - D) DE SUICÍDIO, SUAS CONSEQUÊNCIAS OU SUA TENTATIVA, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA ININTERRUPTOS DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, AS SOLICITAÇÕES DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;

- E) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;
 - F) INUNDAÇÃO, TUFÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, CICLONE, MAREMOTO OU QUALQUER OUTRA CONVULSÃO DA NATUREZA DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO;
 - G) EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;
 - H) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTE, LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE;
 - I) AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS;
 - J) A DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC (EXCETO SE CONTRATADA A COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA);
 - K) AS DOENÇAS 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 PESSOAL COBERTO;
 - L) DE ACIDENTES OCORRIDOS EM DATA ANTERIOR À CONTRATAÇÃO DO SEGURO;
 - M) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - N) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;
 - O) ACIDENTE QUANDO O SEGURADO ESTIVER CONDUZINDO VEÍCULO AUTOMOTOR, AERONAVE OU EQUIPAMENTO SEM A DEVIDA APTIDÃO, HABILIDADE OU HABILITAÇÃO ESPECÍFICA E TENHA DADO CAUSA AO SINISTRO;
 - P) 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;
 - Q) 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; E
 - R) ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO.
- 4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE, NÃO ESTARÃO COBERTOS OS DANOS E AS PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO

CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

6. CARÊNCIA

- 6.1. Para eventos decorrentes de acidente pessoal não será aplicada carência, ressalvada a hipótese prevista no item 6.3.
- 6.2. Poderão ser aplicadas carências nas coberturas contratadas, cujos prazos estarão previstos nas condições especiais de cada cobertura e no contrato de seguro.
- 6.3. Haverá carência nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro, para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.
- 6.4. O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência da cobertura individual ou em relação ao valor do aumento do capital segurado ou da cobertura incluída, em caso de sua alteração na vigência do contrato de seguro.
- 6.5. O período de carência para as coberturas contratadas deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, entretanto, o prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência do certificado individual do seguro.
- 6.6. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.

7. FRANQUIA

7.1. As franquias aplicadas estarão previstas nas condições especiais de cada cobertura e no contrato de seguro.

8. CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO

- 8.1. A contratação ou alteração da apólice se dará mediante apresentação da proposta de contratação, preenchida e assinada pelo representante legal do estipulante e/ou subestipulante (se houver), e pelo corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na seguradora.
- 8.2. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação da proposta de adesão assinada pelo proponente, seu representante ou pelo corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na seguradora.
- 8.3. O pagamento antecipado do prêmio total ou parcialmente não caracteriza a aceitação da proposta.

-
- 8.4. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da proposta, para aceitá-la ou recusá-la. A ausência de manifestação da seguradora, por escrito, no prazo previsto, respeitada as condições de suspensão, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 8.5. A seguradora, dentro do prazo estabelecido no item 8.4, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da proposta. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a contar a partir da data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.
- 8.5.1. Caso o proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez. No caso de proponente pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 8.4, desde que a seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxaço do risco.
- 8.6. A recusa do risco será comunicada pela seguradora ao estipulante e/ou subestipulante (se houver) ou corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 8.7. Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura e devidamente atualizado conforme previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.
- 8.8. Durante o período compreendido entre a data da recepção da proposta com o adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa da mesma, haverá cobertura pelo seguro.
- 8.9. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente que esteja, na data de adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em condições normais de saúde e com idade conforme definido no contrato de seguro.
- 8.10. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.
- 8.11. A aceitação do contrato coletivo se formalizará com a emissão da apólice de seguro pela seguradora no início do contrato, e em cada renovação, e, eventual alteração na apólice vigente se formalizará com a emissão do competente endosso, em até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta de contratação.
- 8.12. A aceitação do seguro individual se formalizará com a emissão do certificado individual do seguro pela seguradora, no início do contrato e em cada renovação do seguro.
- 8.13. É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.

9. BENEFICIÁRIOS

A) COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

- 9.1. No caso de ocorrência de morte do segurado, a indenização correspondente à cobertura básica de Morte Acidental – MA será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado na proposta de adesão.

- 9.2. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.
- 9.3. Na falta de indicação do beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente ou companheiro(a), e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária disposto no código civil.
- 9.4. Na falta das pessoas indicadas no item 9.1, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 9.5. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 9.6. Em caso de falecimento do único beneficiário indicado no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos beneficiários legais, conforme o item 9.3.
- 9.7. Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo segurado a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.
- 9.8. Em caso de falecimento simultâneo do segurado com um dos beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras do item 9.7, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.
- 9.9. O segurado pode, a qualquer tempo, substituir o beneficiário, mediante encaminhamento de formulário devidamente preenchido e assinado, nomeando os novos beneficiários.
 - 9.9.1. Qualquer alteração de beneficiário somente terá validade 24 (vinte e quatro) horas da data de protocolo na seguradora da correspondência efetivamente assinada pelo segurado.
 - 9.9.2. Em caso de não recebimento da formalização de alteração de beneficiário, devidamente assinada pelo segurado, a seguradora aplicará a distribuição do capital segurado conforme a indicação imediatamente anterior.
- 9.10. Em caso de indicação de beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do segurado de forma intencional, ou ainda, na impossibilidade de pagamento ao(s) beneficiário(s) indicado(s), a indenização será paga conforme disposto no código civil.
- 9.11. Não será admitida a indicação ou substituição de beneficiário por procuração.

B) COBERTURA DE INVALIDEZ

- 9.12. Para todas as coberturas de invalidez, o beneficiário será o próprio segurado.

10. CAPITAIS SEGURADOS

- 10.1. O capital segurado contratado para cada uma das coberturas será estabelecido na apólice e nos respectivos certificados individuais do seguro.
- 10.2. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de evento coberto, respeitando as condições contratuais e os limites estabelecidos para cada cobertura contratada.
- 10.3. Os capitais segurados do segurado dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer coberturas, não podem ser superiores ao do segurado principal.
- 10.4. Poderá ser efetuado o aumento dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se aceitos pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência no 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão e a declaração pessoal de saúde e atividades, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para hipótese de suicídio.
- 10.5. Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo índice previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.
- 10.6. O estipulante fica ciente que, para o aumento do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e em plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado não declarada na proposta de adesão, o pagamento da indenização prevista para a cobertura de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou subestipulante (se houver) e/ou segurado.
- 10.7. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.

11. CUSTEIO DO SEGURO

- 11.1. A forma de custeio do seguro será estabelecida no contrato de seguro, com base nas seguintes possibilidades:
 - a) **Contributário:** aquele em que o segurado paga o seguro total ou parcialmente;
 - b) **Não Contributário:** aquele que o estipulante e/ou subestipulante (se houver) paga a totalidade do seguro.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 12.1. A periodicidade de pagamento do prêmio poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual à vista, conforme o definido no contrato de seguro.
- 12.2. Para garantir seu direito à cobertura, o segurado e/ou estipulante e/ou subestipulante (se houver) deverão efetuar o pagamento do prêmio do seguro, até a data limite de seu vencimento, constante no respectivo documento de cobrança, de acordo com a forma de pagamento escolhida na proposta de contratação.

-
- 12.3. O pagamento dos prêmios do seguro será efetuado de acordo com a periodicidade e a data de vencimento estabelecida na apólice e no certificado individual.
- 12.4. Caso a data de vencimento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, este poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil seguinte em que houver expediente bancário.
- 12.5. Na renovação anual da apólice e sem prejuízo da atualização monetária prevista na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, o valor do prêmio do seguro, poderá ser reavaliado com o estipulante e/ou subestipulante (se houver), com base na composição etária do grupo segurado e os respectivos capitais segurados.
- 12.6. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 12.7. **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NAS CLÁUSULAS 15 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE E 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.**
- 12.8. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, será observado o disposto das Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

13. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

- 13.1. O não pagamento do prêmio único ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, respeitada a periodicidade definida, até a data de seu vencimento caracteriza a não efetivação do contrato de seguro.
- 13.2. Em caso de atraso no pagamento das parcelas posteriores a primeira, iniciará a contagem de prazo de tolerância de 90 (noventa) dias para regularização do pagamento, contados a partir da data de vencimento da 1ª (primeira) parcela inadimplente.
- 13.2.1. A seguradora enviará notificação ao estipulante ou subestipulante, com antecedência mínima de 10 (dez) dias do prazo indicado no item 13.2, advertindo-o da necessidade de quitação da(s) parcela(s) do prêmio do seguro em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.
- 13.3. Ocorrendo sinistro no período de inadimplência, antes do cancelamento do seguro, a seguradora realizará o pagamento do capital segurado contratado, condicionado ao pagamento da(s) parcela(s) do prêmio devida(s).
- 13.4. O seguro ficará de pleno direito cancelado, após o término do prazo concedido para regularização da inadimplência e não poderá mais ser restabelecido. Havendo interesse, deverá ser contratado novo seguro, respeitadas as condições de aceitação e elegibilidade, não sendo admitido qualquer vínculo entre a apólice/certificado individual cancelado por falta de pagamento.
- 13.4.1. Nas contratações de seguros custeados total ou parcialmente pelos segurados, fica ajustado entre as partes que é de responsabilidade do estipulante e/ou subestipulante a cobrança dos referidos

prêmios, bem como da quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela seguradora.

- 13.5. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, a seguradora realizará a cobrança obedecendo a forma de pagamento estipulada no contrato de seguro e/ou nas propostas (contratação e/ou adesão) e aplicará os seguintes encargos previstos na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, calculada na base “pro rata temporis”.

14. SEGURADOS AFASTADOS

- 14.1. O prêmio do segurado afastado para tratamento de saúde, em decorrência de doença, deverá ser pago normalmente à seguradora.
- 14.2. É vedada, ao segurado afastado, toda e qualquer alteração individual do capital segurado, decorrente de aumento por promoção, durante seu afastamento.
- 14.3. Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra seguradora, será mantido no novo seguro, o segurado principal afastado do serviço ativo por doença, desde que atendidas às demais exigências da proposta e do contrato de seguro.

15. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE

- 15.1. A vigência da apólice coletiva estará estabelecida no contrato de seguro e na própria apólice, tendo início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida para tal fim.
- 15.2. A apólice poderá ser renovada automaticamente, por período igual, uma única vez, salvo se a seguradora, o estipulante ou o grupo segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento da vigência da apólice, comunicar por escrito o seu desinteresse.
- 15.3. As renovações posteriores à primeira deverão ser expressas entre as partes, seguradora e estipulante, sendo que cabe à seguradora, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência à data de renovação, comunicar por escrito o interesse pela renovação do seguro.
- 15.4. A aceitação da proposta, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão do respectivo endosso.
- 15.5. O endosso terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nele indicado.
- 15.6. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente, respeitado o disposto no item 15.7 desta cláusula.
- 15.7. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 15.8. 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.

16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

- 16.1. A vigência da cobertura individual terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no certificado individual do seguro.
- 16.1.1. Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas com o pagamento antecipado do valor de prêmio, o início de vigência da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 16.1.2. Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento antecipado de prêmio, o início de vigência da cobertura do certificado individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 16.2. O prazo de vigência da cobertura individual vigorará pelo prazo determinado no certificado individual do seguro, desde que não ultrapasse o fim de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante e/ou subestipulante (se houver), obrigatoriamente, de forma expressa, por escrito, observando as Cláusulas 15 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.
- 16.3. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).
- 16.4. A cobertura individual terá vigência pelo período em que a apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, exceto nas hipóteses previstas na Cláusula 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

- 17.1. O índice utilizado para atualização monetária, em moeda nacional, será o IPCA/IBGE – ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
- 17.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice indicado no item anterior, o índice substituto será o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.
- 17.2. A atualização monetária, com base na variação do índice estabelecido no item 17.1 desta cláusula será devida para as seguintes situações:
- 17.2.1. O capital segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente anualmente, no vencimento do certificado individual do seguro ou segundo a variação do salário/provento, ou segundo outros fatores objetivos, conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.

- 17.2.1.1. As atualizações serão calculadas com base na variação positiva apurada do acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao vencimento do certificado individual de seguro.
- 17.2.1.2. Não caberá atualização monetária nos contratos de seguros com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano.
- 17.2.1.3. A atualização mencionada no subitem 17.2.1 se aplicará a todos os segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os segurados ativos.
- 17.2.2. Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice, a partir da data em que se tornarem exigíveis:
- No caso de Cancelamento do Contrato:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora;
 - No caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo prêmio;
 - No caso de Recusa da Proposta:** a partir da data de formalização da recusa, observada a Cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.
- 17.2.3. Os valores dos prêmios em atraso sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice, apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado em data imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 17.2.4. Os valores das indenizações de sinistros sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice estabelecido, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, a partir da data de ocorrência do evento – ou, se for o caso de reembolso, a partir do dispêndio – até a data do efetivo pagamento, **somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.**
- 17.3. **ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.2 DESTA CLÁUSULA, APLICAR-SE-ÃO NAS SITUAÇÕES PREVISTAS NOS SUBITENS 17.2.2, 17.2.3 E 17.2.4, JUROS MORATÓRIOS, DE 0,50% (CINQUENTA CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS “PRO RATA TEMPORIS”, A PARTIR DA DATA DEFINIDA PARA CADA PREVISÃO ATÉ A DATA DO SEU EFETIVO PAGAMENTO.**
- 17.4. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato de seguro.

18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 18.1. A cobertura termina:
- Com o falecimento do segurado principal;
 - Com o cancelamento ou a não renovação da apólice ou do certificado individual, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;

- c) Com o pagamento do capital segurado contratado, quando a cobertura prever a exclusão do segurado da apólice contratada;
- d) Na data em que for protocolado na seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado ou o cancelamento ocorrer a pedido da seguradora;
- e) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante e/ou subestipulante (se houver);
- f) Se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 19 – PERDA DE DIREITOS.

19. PERDA DE DIREITOS

- 19.1. A seguradora não pagará qualquer indenização referente ao presente seguro, nem restituirá os prêmios do seguro e terá ainda o direito ao recebimento do prêmio vencido, caso o estipulante, o subestipulante (se houver), o segurado, seu(s) preposto(s), seu(s) beneficiário(s), seu corretor de seguros ou seu(s) representante(s) legal(is):
- a) Agravar intencionalmente o risco;
 - b) Fizer declaração inexata ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;
 - c) Faltar com o cumprimento das obrigações ajustadas pelo contrato deste seguro;
 - d) Dolo, fraude consumada ou sua tentativa, simulação ou culpa grave tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.
- 19.2. Se a inexatidão ou omissão das declarações não resultar de má-fé do estipulante, subestipulante (se houver), do segurado, seus prepostos, seus beneficiários, seu corretor de seguros ou seus representantes legais, a seguradora poderá:
- I. Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:
 - 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 do prêmio devido ou restringindo a cobertura contratada.
 - II. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento parcial do capital segurado:
 - a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, mediante o recebimento do prêmio devido, 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 do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
 - III. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento, mediante o recebimento do prêmio devido.
- 19.3. Também haverá a perda do direito ao capital segurado, pelo segurado, beneficiário, estipulante, subestipulante (se houver), seu(s) preposto(s), corretor ou seu(s) respectivo(s) representante(s) legal(is), na prática dos seguintes casos:
- a) utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
 - b) Fraude ou tentativa de fraude, inclusive em laudos médicos que justifiquem falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;

- c) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto.
- 19.4. O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, de todo e qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se provado que silenciou de má-fé, conforme legislação em vigor.
- a) Recebida a comunicação a seguradora poderá cancelar o seguro, mediante comunicação por escrito ao segurado, desde que o faça no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos após o recebimento do aviso da agravação do risco.
- b) O cancelamento do contrato de seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 19.5. Entre outras ocorrências, também caracteriza a alteração do risco ocorrências como: mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração pessoal de saúde.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 20.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, a apólice de seguro ficará automaticamente cancelada, sem qualquer restituição de prêmios:
- a) Por mútuo acordo entre a seguradora e estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, respeitado o prazo de aviso prévio mínimo de 60 (sessenta) dias;
- b) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das condições contratuais da apólice;
- c) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo(s) estipulante(s), subestipulante(s) e/ou preposto, devidamente comprovada na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;
- d) Quando o estipulante e/ou subestipulante(s) deixar de efetuar o pagamento ou repasse dos prêmios do seguro, observado o disposto na Cláusula 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO destas condições gerais.
- 20.2. A apólice coletiva não poderá ser cancelada durante o prazo de vigência, pela seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 20.3. 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, o prêmio calculado “pro rata temporis”.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 21.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente a seguradora por meio da Central de Atendimento.
- 21.2. Para o processo de avaliação de cobertura, além dos documentos específicos de cada cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos relacionados a seguir:

21.2.1. Documentação para qualquer evento:

- a) Cópia do RG e CPF do segurado e da pessoa que sofreu sinistro;
- b) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e da pessoa que sofreu sinistro. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
- c) Comprovante de vínculo empregatício cópia dos 3 (três) últimos holerites, ficha de registro de empregado e rescisão contratual do(a) segurado(a), se cabível;
- d) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – Pessoa Física devidamente preenchido.

21.2.2. Documentação para evento morte:

- a) Certidão e declaração de óbito do segurado.

21.2.3. Documentação para evento de acidentes pessoais:

- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
- b) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o segurado for o condutor, se cabível;
- c) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante período de trabalho), se cabível;
- d) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, se cabível;
- e) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente, se cabível;
- f) Cópia dos Laudos de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o(a) segurado(a) tenha sido condutor(a) no veículo envolvido em acidente), se cabível.

21.2.4. O(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópias de RG(s) e CPF(s);
 - i. Na falta do RG, do(s) beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - ii. **Independente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles;**
- b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:
 - i. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- c) Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do segurado, necessária somente caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo;
- d) Em caso de companheiro(a), enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a).

- 21.2.5. Na falta de beneficiários indicados pelo segurado, o(s) beneficiário(s) legal(is), deverá(ão) apresentar além dos documentos do subitem 21.2.4, os seguintes documentos:
- a) Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento:
 - i. Na falta dos filhos indicar o nome dos pais, na falta, a dos avós, e na falta desses os dos irmãos do(a) segurado(a);
 - ii. Em caso de falecimento de um dos herdeiros (descendente ou ascendente) deverá ser encaminhada a certidão de óbito atualizada.
- 21.3. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para o pagamento do capital segurado devido, contados da data de entrega de todos os documentos básicos e os relacionados nas condições especiais das respectivas coberturas, observados o disposto no item 21.2.
- 21.3.1. A seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos/informações que se façam necessários durante a regulação do sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte à data da entrega protocolada de todos os documentos/informações complementares solicitados.
- 21.4. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 21.5. A não entrega dos documentos solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará no arquivamento do processo de sinistro administrativamente. O processo poderá ser reaberto a qualquer tempo, mediante solicitação do segurado ou beneficiário com a apresentação dos documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto na legislação vigente.
- 21.6. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a seguradora venha a praticar após o aviso do sinistro não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer capital segurado. A seguradora poderá exigir a autenticação das cópias dos documentos necessários à análise.
- 21.7. Não será aceito, para fins do pagamento do capital segurado, relatório emitido por médico que seja o 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.
- 21.8. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 21.9. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) beneficiário(s) correrão por conta dos interessados no pagamento de eventual capital segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

-
- 21.10. Independentemente dos documentos exigidos pela seguradora nas condições especiais de cada cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento.
- 21.11. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.
- 21.12. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 21.13. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de 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 constatação, a constituição de junta médica.
- 21.14. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 21.15. 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.
- 21.16. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.
- 21.17. A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de capital segurado por parte da seguradora.
- 21.18. O segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado através de seu médico assistente.
- 21.19. Caso haja atraso no pagamento do capital segurado relativa ao evento coberto, a importância devida pela seguradora será atualizada conforme previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.
- 21.20. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 21.21. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento, pago em parcela única.
- 21.22. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pela variação positiva do índice pactuado na Cláusula 17 –

ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

22. ALTERAÇÕES NA APÓLICE

- 22.2. Eventuais alterações podem ser processadas em consequência de acordo entre a seguradora e o estipulante na renovação da apólice, respeitados os compromissos firmados com os segurados com contratos anteriores às alterações.
- 22.3. Caso o estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato **que impliquem em ônus, deveres adicionais ou redução de seus direitos aos segurados**, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, observado o disposto na Cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE

- 23.2. Sem prejuízo de outras obrigações previstas nas condições gerais e demais disposições contratuais, ainda, são obrigações do estipulante e/ou do subestipulante:
- Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do grupo, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;
 - 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;
 - Fornecer ao segurado ou ao beneficiário, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
 - Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
 - Repassar os prêmios de seguro à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
 - Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;
 - 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;
 - Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a avaliação do risco e o pagamento do capital segurado;
 - Comunicar de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
 - Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
 - Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, seu CNPJ, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante ou subestipulante.

- 23.3. No caso de seguros contributários, é vedado ao estipulante e ao subestipulante (se houver):
- Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
 - Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
 - Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
 - Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.
- 23.4. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro, conforme previsão existente no item 18.1, alínea "b", da Cláusula 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e sujeita o estipulante ou subestipulante às cominações legais.
- 23.5. O estipulante e/ou o subestipulante (se houver) deverá, obrigatoriamente, fornecer à seguradora as seguintes informações cadastrais, observadas as condições e prazos da normatização e legislação em vigor:
- Nome completo;
 - Número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/MF; número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data de expedição; ou número do Passaporte, com identificação do País de expedição;
 - Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação);
 - Número de telefone e código de DDD, se houver;
 - Profissão;
 - Patrimônio estimado ou faixa de renda mensal; e
 - Enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso.
- 23.6. Mensalmente, até a data estabelecida no contrato de seguro, deverá ser enviado à seguradora por meio de arquivo eletrônico as informações necessárias para cálculo do Prêmio/Faturamento, incluindo o nome do segurado, sexo, matrícula, salário, CPF, data de nascimento e data de inclusão, este arquivo deve conter todos os segurados. Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado no contrato de seguro, o faturamento será efetuado com base nos dados do período anterior, e o acerto após recebimento dos dados corretos, será efetuado no faturamento do período de competência posterior. De posse dos dados, a seguradora emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento estabelecida no contrato do seguro para pagamento.

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 24.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do estipulante e/ou corretor de seguros, somente poderão ser feitas com autorização prévia, expressa, e de supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada, por escrito.
- 24.2. A divulgação do seguro sem a prévia autorização da seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.

25. PRESCRIÇÃO

25.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

26. FORO

26.1. Fica eleito o Foro da Comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.

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

27. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

27.2. Aos casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de Seguros no Brasil e a legislação brasileira.

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

27.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

27.5. Este plano de seguro é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante ou ao subestipulante (se houver).

27.6. As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante na apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA

28. OBJETIVO DA COBERTURA

28.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, o pagamento aos beneficiários do capital segurado contratado, em caso de falecimento do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observado os riscos excluídos e as demais disposições contratuais**.

29. CAPITAIS SEGURADOS

- 29.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 29.2. Os capitais segurados desta cobertura e da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, quando contratadas, não se acumulam. Se, depois de pago o capital pela cobertura de invalidez permanente, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental – MA, deduzindo-se o valor já pago pela invalidez permanente por acidente.

30. DATA DO EVENTO

30.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

31. DISPOSIÇÕES GERAIS

31.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIMES – MA–C

32. OBJETIVO DA COBERTURA

32.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado contratado em caso de falecimento do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, em consequência de crime cometido contra o segurado**, ocorrido durante a vigência do seguro, **observado os riscos excluídos e as demais disposições contratuais**.

33. RISCOS COBERTOS

33.1. A presente cobertura garante o pagamento aos beneficiários de indenização correspondente a 10% (dez por cento) do capital segurado contratado para a cobertura básica de Morte Acidental, em caso de falecimento do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto em consequência de crime cometido contra o segurado**, conforme especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais e Cláusula 37 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos**.

34. RISCOS EXCLUÍDOS

34.1. **ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÁ EXPRESSAMENTE EXCLUÍDO DESTA COBERTURA ADICIONAL:**
A) **ATO DE CRIME PERPETRADO POR PARENTES ATÉ 4º (QUARTO) GRAU DO SEGURADO E/OU DO BENEFICIÁRIO, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.**

35. CAPITAIS SEGURADOS

- 35.1. O capital segurado corresponde a 10% (dez por cento) do capital segurado contratado para a cobertura básica de Morte Acidental – MA.
- 35.2. Os capitais segurados da cobertura básica de Morte Acidental – MA e da cobertura adicional de Morte Acidental Decorrente de Crimes – MA–C, quando contratadas, se acumulam na ocorrência de acidente pessoal coberto.
- 35.3. Os capitais segurados das coberturas adicionais de Morte Acidental Decorrente de Crimes – MA–C e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, quando contratadas, não se acumulam. Se, depois de pago o capital pela cobertura de invalidez permanente, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental Decorrente de Crimes – MA–C, deduzindo-se o valor já pago pela invalidez permanente por acidente.

36. DATA DO EVENTO

36.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

37. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

- 37.1. No caso de morte do segurado provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto quando consequente dos seguintes crimes:
- a) Homicídio;
 - b) Tentativa de homicídio culposo;
 - c) Latrocínio;
 - d) Aborto provocado por terceiro (sem consentimento da gestante); e
 - e) Lesão corporal de natureza grave.

38. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 38.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa na seguinte situação:
- a) Com o cancelamento da cobertura básica de Morte Acidental – MA.
- 38.1.1. Os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das condições gerais.

39. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 39.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

40. OBJETIVO DA COBERTURA

40.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento de uma indenização ao próprio segurado, de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, caso o segurado venha a se tornar parcial ou totalmente inválido em caráter permanente, **em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto**, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais**.

41. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

41.1. Entende-se como Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a ser pago em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no Anexo I destas condições contratuais, em virtude de lesão física exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observado o disposto no item 41.9 desta cláusula.

41.2. A importância a ser paga será calculada aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau previstas para referido órgão/membro na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente conforme Anexo I destas condições contratuais, cujo resultado será aplicado sobre o capital segurado total vigente na data do acidente.

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

41.4. Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.

41.5. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado individual. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

41.6. A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já deficiente antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva, o grau de invalidez preexistente.

-
- 41.7. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente prevista para a presente cobertura.
- 41.8. O pagamento de capital segurado por invalidez permanente total ou parcial por acidente do segurado 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.
- 41.9. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata a cobertura contratada, devendo ser comprovada por relatório médico.
- 41.10. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA.

42. RISCOS EXCLUÍDOS

- 42.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL:
- A) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;
 - B) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;
 - C) OS ERROS MÉDICOS;
 - D) AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, INCLUSIVE A LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;
 - E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;
 - F) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO; E
 - G) PERDA DE DENTES, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO.

43. CAPITAIS SEGURADOS

- 43.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 43.2. Os capitais segurados da cobertura básica de Morte Acidental – MA e da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPA.
- 43.3. Os capitais segurados das coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crimes – IPA–C, quando contratadas, se acumulam na ocorrência de acidente pessoal coberto, observado as definições da Cláusula 63 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crimes – IPA–C das condições especiais.

44. DATA DO EVENTO

44.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

45. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

45.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado após o pagamento da indenização referente a invalidez permanente parcial por acidente, de forma automática, se caracterizada a invalidez permanente parcial ou total por acidente, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

46. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

46.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a invalidez permanente total por acidente extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro.

46.1.1. Os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das condições gerais.

47. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

47.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o segurado;

b) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia).

48. DISPOSIÇÕES GERAIS

48.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – MAJORADA – IPA–M

49. OBJETIVO DA COBERTURA

49.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento da indenização ao próprio segurado, limitada ao valor do capital segurado contratado, caso o segurado venha a se tornar parcial ou totalmente inválido em caráter permanente conforme especificado na Cláusula 50 – RISCOS COBERTOS, em decorrência de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

50. RISCOS COBERTOS

50.1. A presente cobertura garante a **elevação do percentual da indenização para 100% (cem por cento)**, quando caracterizada a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto para os membros ou órgãos descritos a seguir, **observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos:**

DISCRIMINAÇÃO	AUMENTO DO % SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	100%
Perda total do uso de um dos polegares	100%
Perda total da visão de um olho	100%
Perda total do uso de uma das mãos	100%

50.2. No caso de lesões múltiplas previstas ou não nesta cláusula, **a indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura**, constante no certificado individual vigente.

50.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada por proponentes que comprovarem o exercício de tais profissões estabelecidas no contrato. **A mudança de profissão deverá ser comunicada imediatamente, sob pena de perda de direito, conforme estabelecido na Cláusula 19 – PERDA DE DIREITOS.**

50.4. Esta cobertura não é extensiva aos segurados dependentes.

50.5. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

51. RISCOS EXCLUÍDOS

51.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL TODOS OS RISCOS EXCLUÍDOS CONSTANTES NAS CLÁUSULAS 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS E 42 – RISCOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA, DESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.**

52. CAPITAIS SEGURADOS

- 52.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 52.2. Caso seja devido o pagamento desta cobertura, a indenização se acumulará à Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

53. DATA DO EVENTO

- 53.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

54. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 54.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das condições gerais, esta cobertura cessa:
- Quando for cancelada a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA;
 - Com o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro.
- 54.1.1. Os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das condições gerais.

55. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 55.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos relacionados na Cláusula 47 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

56. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 56.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIMES – IPA–C

57. OBJETIVO DA COBERTURA

57.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento de uma indenização ao próprio segurado, limitada ao valor do capital segurado contratado, caso o segurado venha a se tornar parcial ou totalmente inválido em caráter permanente, conforme especificado na Cláusula 58 – RISCOS COBERTOS, **decorrente de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto em consequência de crime cometido contra o segurado** ocorrido durante a vigência do seguro, observada as condições contratuais.

58. RISCOS COBERTOS

58.1. A presente cobertura garante o pagamento correspondente a 10% (dez por cento) do capital segurado contratado para a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, em caso de invalidez permanente total ou parcial, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto em consequência de crime cometido contra o segurado**, conforme especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais e Cláusula 63 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE, ocorrido durante a vigência do seguro, observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.

58.2. Aplicam-se à esta cobertura as condições definidas na CLÁUSULA 41 – CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE das condições especiais da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, para fins de comprovação da Invalidez.

58.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

59. RISCOS EXCLUÍDOS

59.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NAS CLÁUSULAS 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS E 42 – RISCOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA, ESTÁ EXPRESSAMENTE EXCLUÍDO DESTA COBERTURA ADICIONAL:

A) ATO DE CRIME PERPETRADO POR PARENTES ATÉ 4º (QUARTO) GRAU DO SEGURADO E/OU DO BENEFICIÁRIO, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.

60. CAPITAIS SEGURADOS

60.1. O capital segurado corresponde a 10% (dez por cento) do capital segurado contratado para a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

60.2. As indenizações pela cobertura básica de Morte Acidental – MA e da cobertura adicional Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPA.

61. DATA DO EVENTO

61.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

62. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

62.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado após cada sinistro, de forma automática, se caracterizada a invalidez permanente parcial ou total por acidente, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

63. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

63.1. No caso de morte do segurado provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto quando consequente dos seguintes crimes:

- Tentativa de homicídio;
- Latrocínio;
- Aborto provocado por terceiro (sem consentimento da gestante); e
- Lesão corporal de natureza grave.

64. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

64.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das condições gerais, esta cobertura cessa:

- Com o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, esta cobertura adicional;
- Com o cancelamento da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

64.1.1. Os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das condições gerais.

65. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

65.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos relacionados na Cláusula 47 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

66. DISPOSIÇÕES GERAIS

66.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

67. OBJETIVO DA COBERTURA

67.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento ao segurado do capital segurado contratado, caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido, pela perda ou impotência funcional definitiva e total de membro ou órgão conforme especificado na Cláusula 68 – RISCOS COBERTOS, em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

68. RISCOS COBERTOS

68.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente **em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto**, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

68.2. Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão previstos na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, constante no item 68.9, a ser pago em virtude de lesão física exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observado o disposto no item 68.6 desta cláusula.

68.3. No caso de Invalidez Permanente Total decorrente de acidente pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a existência de Invalidez Permanente Total quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura, de acordo com a “Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente”, descrita no item 68.9 desta cláusula.

68.4. QUANDO DE UM MESMO ACIDENTE RESULTAR INVALIDEZ DE MAIS DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO, da tabela constante no item 68.9 a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado. Da mesma forma, HAVENDO DUAS OU MAIS LESÕES EM UM MESMO MEMBRO OU ÓRGÃO, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

68.5. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente total por acidente prevista para a presente cobertura.

68.6. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE TRATA ESSA COBERTURA, DEVENDO SER COMPROVADA POR RELATÓRIO MÉDICO.

68.7. As indenizações pela cobertura básica de Morte Acidental – MA e da cobertura adicional Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPTA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPTA.

68.8. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

68.9. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

Caracterizada a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nesta condição especial, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

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	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	
	Perda total de uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável	
	Nefrectomia bilateral	

69. RISCOS EXCLUÍDOS

69.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA E/OU RELACIONADOS A:

- A) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;
- B) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;
- C) OS ERROS MÉDICOS;
- D) PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;
- E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES.

70. CAPITAIS SEGURADOS

70.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

71. DATA DO EVENTO

71.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

72. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

72.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro.

72.1.1. Os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das condições gerais.

73. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

73.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o segurado ou a pessoa que sofreu o sinistro, contendo o histórico do atendimento, o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;

b) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia) do segmento (órgão ou parte do corpo).

74. DISPOSIÇÕES GERAIS

74.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH-A

75. OBJETIVO DA COBERTURA

75.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento ao beneficiário de um valor fixo por dia de hospitalização do segurado, em consequência de acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias contratado e definidos na apólice, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

76. DEFINIÇÕES

76.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, também aplicam-se à presente cobertura, as seguintes definições:

Hospital: instituição legalmente autorizada pelo Ministério da Saúde correspondente, para o diagnóstico, cuidados médicos e cirúrgicos de feridos ou doentes, oferecendo centros cirúrgicos, médicos e enfermeiros certificados, disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia. **Não entende-se como estabelecimento hospitalar: casa de saúde, ambulatórios, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, centro de diagnose, laboratórios, “day hospital”, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.**

Internação Hospitalar: período de permanência do segurado na instituição hospitalar legalmente habilitada por determinações médicas, resultantes de acidente pessoal ocorrido com o mesmo.

Tratamentos Cirúrgicos: aqueles decorrentes de acidente que exigem ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

Tratamentos Clínicos: aqueles decorrentes de acidente que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicar em ato cirúrgico.

77. RISCOS COBERTOS

77.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para cada dia de hospitalização do segurado, **exclusivamente em decorrência de acidente pessoal coberto**, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitado ao número máximo de diárias contratado, conforme descrito na Cláusula 79 – CAPITAIS SEGURADOS, **sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo de indenização com base nas despesas hospitalares incorridas, observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

77.2. Estão cobertas as diárias de internação hospitalar do segurado, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória, por motivo de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, após o período de franquia previsto na Cláusula 81 – FRANQUIA.

77.3. **Limite Máximo de Eventos:** Será limitado em 3 (três) internações hospitalares a cada 12 (doze) meses contados a partir do último aniversário da apólice.

77.4. A contratação desta cobertura não implica em garantia de internação hospitalar. A responsabilidade pela obtenção de vaga para internação em hospital é do próprio segurado, de seus familiares ou de seu acompanhante.

77.4.1. A indenização será paga somente APÓS A ALTA MÉDICA DEFINITIVA, para a contabilização dos dias de internação.

78. RISCOS EXCLUÍDOS

- 78.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL:
- A) DOENÇAS MENTAIS, PSIQUIÁTRICAS, ESTRESSE E DEPRESSÃO, INCLUINDO AS INTERNAÇÕES EM DEPARTAMENTOS PSIQUIÁTRICOS DE HOSPITAIS GERAIS OU PRONTOS-SOCORROS PARA TRATAMENTO DESTAS DOENÇAS E/OU AQUELAS QUE EXIJAM PSICANÁLISE, SONOTERAPIA OU PSICOTERAPIA;
 - B) INTERNAÇÕES DOMICILIARES (*HOME CARE*);
 - C) INTERNAÇÕES EM CLÍNICAS OU INSTITUIÇÕES PARA ACOMODAÇÃO OU TRATAMENTO DE IDOSOS, INCLUINDO ASILOS E CASAS DE REPOUSO;
 - D) DANOS ESTÉTICOS;
 - E) CIRURGIAS PLÁSTICAS, EXCETO AS PÓS-ACIDENTAIS RESTAURADORAS QUE SEJAM NECESSÁRIAS PARA RESTABELECIMENTO DO SEGURADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;
 - F) A PERDA DE DENTES OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUALQUER ESPÉCIE;
 - G) CERATOTOMIA (CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE MIOPIA);
 - H) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;
 - I) INTERNAÇÕES HOSPITALARES PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA, ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SANIDADE (*CHECK-UP*), REPOUSO OU GERIATRIA;
 - J) ESTADOS DE CONVALESCENÇA (APÓS A ALTA MÉDICA) E AS DESPESAS DE ACOMPANHANTES;
 - K) INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA OU POR MÉDICOS QUE NÃO SEJAM LEGALMENTE HABILITADOS;
 - L) LESÕES CORPORAIS, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, DECORRENTES DE ACIDENTES OCORRIDOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL;
 - M) 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;
 - N) ATOS CONTRÁRIOS A LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, INCLUINDO MOTOS, BARCOS, AERONAVES E ASSEMELHADOS, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO OU SEM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA OBRIGATÓRIOS POR LEI, COMO CAPACETES E CINTOS DE SEGURANÇA;
 - O) EVENTOS NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.

79. CAPITAIS SEGURADOS

- 79.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 79.2. Para esta cobertura adicional o capital segurado será definido na apólice, **respeitado o limite máximo de 60 (sessenta) diárias e, corresponde ao valor máximo de indenização diária devida na ocorrência de um sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento.**
- 79.2.1. Para os casos de re-internação, isto é, nova internação após alta médica, mas por causa do mesmo acidente, serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo contratado, não sendo considerado como outro evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.
- 79.3. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

80. DATA DO EVENTO

- 80.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

81. FRANQUIA

- 81.1. Para esta cobertura será aplicada franquia de 2 (duas) diárias, desta forma, inicia-se a cobertura a partir da 3ª (terceira) diária.
- 81.2. Para o cálculo da responsabilidade da seguradora e do capital segurado, considera-se a quantidade de diárias a partir da data de internação hospitalar subtraindo o período de franquia, conforme definido no item anterior desta cláusula.

82. BENEFICIÁRIOS

- 82.1. Será o próprio segurado.

83. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 83.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura além da documentação descrita na Cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
- a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o segurado;
 - b) Cópia do Prontuário Médico com a descrição do tratamento, prognóstico, internação hospitalar e alta médica definitiva.
- 83.2. O pagamento da indenização não tem caráter de reembolso.

84. DISPOSIÇÕES GERAIS

84.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – DIT-A

85. OBJETIVO DA COBERTURA

85.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento ao segurado das diárias a que tiver direito se sua incapacidade, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, respeitado o período de franquia do seguro indicado na Cláusula 90 – FRANQUIA, e as demais disposições contratuais.

86. RISCOS COBERTOS

86.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para cada dia de incapacidade física temporária do segurado, **respeitando-se o período de franquia definido na Cláusula 90 – FRANQUIA, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos**.

86.2. A “incapacidade física temporária” caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando este ocorrer dentro do período de vigência do seguro, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais**.

86.3. 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.

86.4. Se o capital segurado contratado for superior a renda mensal informada pelo segurado na proposta de adesão, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada comprovada pelo segurado, mas se ficar comprovada má-fé do segurado no que tange à informação constante na proposta de adesão, o segurado perderá o direito à indenização com base no Código Civil Brasileiro.

86.5. A cobertura de que trata esta condição especial garante no máximo 2 (dois) eventos durante cada vigência anual do seguro, sendo que o período máximo de afastamento não poderá ser superior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por vigência.

86.6. Serão elegíveis para esta cobertura todas as pessoas físicas que possuírem qualquer vínculo com o estipulante e/ou subestipulante (se houver) e que se encontrarem em plena atividade profissional e em condições normais de saúde na data da contratação do seguro.

86.7. Não serão elegíveis para esta cobertura os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, que não tenham, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular.

87. RISCOS EXCLUÍDOS

87.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL:
A) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;

- B) INCAPACIDADE QUE TENHA SE INICIADO ANTES DA DATA DE INCLUSÃO DO SEGURADO NO SEGURO;
- C) TRATAMENTOS OU PROCEDIMENTOS PARA A CURA DE INFERTILIDADE MASCULINA OU CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO, QUALQUER TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA IMPOTÊNCIA SEXUAL, ESTERILIDADE OU INFERTILIDADE, PROCEDIMENTOS ANTICONCEPCIONAIS, INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL E RESPECTIVAS CONSEQUÊNCIAS;
- D) CIRURGIAS PLÁSTICAS, EXCETO AS RESTAURADORAS DE FUNÇÕES EM ÓRGÃOS, MEMBROS E REGIÕES, REALIZADAS EXCLUSIVAMENTE EM DECORRÊNCIA DE LESÕES PROVOCADAS POR ACIDENTES PESSOAIS; ESTÉTICA, OU RELACIONADOS A MÉTODOS DE ANTICONCEPÇÃO, OU PARA ALTERAÇÕES FÍSICAS E ORGÂNICAS, SALVO QUANDO NECESSÁRIAS À RESTAURAÇÃO DAS FUNÇÕES ALTERADAS EM RAZÃO DE EVENTO OCORRIDO NA VIGÊNCIA INDIVIDUAL;
- E) TRATAMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS OU ENDOCRINOLÓGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA;
- F) QUAISQUER TRATAMENTOS POR MOTIVOS DE SENILIDADE, GERIATRIA, REPOUSO, REJUVENESCIMENTO, CONVALESCENÇA OU ABRASÃO QUÍMICA E CIRÚRGICA;
- G) TRATAMENTO ODONTOLÓGICO E ORTODÔNTICO;
- H) CERATOTOMIA (CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE MIOPIA);
- I) HOSPITALIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA;
- J) TRATAMENTO PARA OBESIDADE EM SUAS VÁRIAS MODALIDADES;
- K) DISTÚRBIOS OU DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS OU CONSEQUÊNCIAS DELES DECORRENTES;
- L) AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, INCLUSIVE A LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;
- M) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA;
- N) AFASTAMENTOS DECORRENTES DE UM MESMO EVENTO QUE JÁ TENHA SIDO INDENIZADO PELA APÓLICE DE SEGURO VIGENTE;
- O) NO CASO DE OCORRÊNCIA SIMULTÂNEA DE MAIS DE UM EVENTO COBERTO, A INDENIZAÇÃO SERÁ A DO EVENTO QUE RESULTE NO MAIOR TEMPO DE AFASTAMENTO, NÃO HAVENDO ACÚMULO OU SUPERPOSIÇÃO DE INDENIZAÇÕES;
- P) OS PROFISSIONAIS DA ECONOMIA INFORMAL QUE NÃO SEJAM PROFISSIONAIS LIBERAIS E/OU AUTÔNOMOS REGULAMENTADOS, QUE NÃO TENHAM, PORTANTO, COMO COMPROVAR UMA ATIVIDADE REMUNERADA REGULAR.

88. CAPITAIS SEGURADOS

88.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

88.2. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

89. DATA DO EVENTO

89.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do afastamento.

90. FRANQUIA

90.1. A franquia poderá ser de, no mínimo 15 (quinze) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais e na apólice.

91. LIMITE DE DIÁRIAS

91.1. É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus conforme contrato, a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais.

92. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

92.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento total das diárias contratadas.

93. BENEFICIÁRIOS

93.1. Será o próprio segurado.

94. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

94.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura além da documentação descrita na Cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
- b) Radiografias do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia);
- c) Quando o(a) segurado(a) for autônomo regulamentado: Documento comprobatório da condição de autônomo regulamentado, podendo ser:
 - Declaração de Imposto de Renda (Documento Pessoal);
 - Registro de Autônomo (Emissor: INSS);
 - Guia de Recolhimento do FGTS; e
 - Informações à Previdência Social – GFIP (Documento Pessoal).

94.2. O valor a ser indenizado ao(s) segurado(s) será igual ao valor da diária vezes o número de dias de afastamento, respeitado o período de franquia.

95. DISPOSIÇÕES GERAIS

95.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO

96. OBJETIVO DA COBERTURA

96.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado, para seu tratamento sob orientação médica, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais**.

97. RISCOS COBERTOS

97.1. A presente cobertura garante o reembolso ao segurado das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, limitado ao valor do capital segurado contratado, **decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto**, ocorrido durante o período de vigência do seguro e **desde que os tratamentos sejam iniciados nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do acidente pessoal, observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos**.

97.2. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. A seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços, colocando-os à livre disposição e escolha do segurado.

97.3. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

98. RISCOS EXCLUÍDOS

98.1. **ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL AS DESPESAS OCORRIDAS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADOS A:**
A) ESTADO DE CONVALESCENÇA (APÓS ALTA MÉDICA);
B) DESPESAS DE ACOMPANHANTES; E
C) APARELHOS QUE SE REFEREM A ÓRTESES DE QUALQUER NATUREZA E PRÓTESES DE CARÁTER PERMANENTE, SALVO AS PRÓTESES PELA PERDA DE DENTES NATURAIS.

99. CAPITAIS SEGURADOS

99.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

100. DATA DO EVENTO

100.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

101. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

101.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado de forma automática após cada acidente, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

102. BENEFICIÁRIOS

102.1. Para efeito desta cobertura, para fins de reembolso, o beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente pessoal, mediante apresentação das notas fiscais originais.

103. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

103.1. O valor a ser reembolsado ao(s) segurado(s) estará limitado ao valor efetivamente gasto, observado o capital segurado vigente na data do evento.

103.2. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura além da documentação descrita na Cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o(a) segurado(a) ou da pessoa que sofreu o sinistro;
- b) Originais da nota fiscal havidas com acidente e as despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
- c) Cópia do RG/RNE e CPF do contratante da nota fiscal;
- d) Cópia do comprovante de residência em nome do contratante da nota fiscal. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado.

103.3. A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas incorridas, a critérios médicos, necessários para o restabelecimento do segurado, observados o limite máximo de indenização indicado na apólice e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro.

103.4. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela seguradora, quando da liquidação do sinistro.

104. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

104.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

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

104.3. O segurado não será obrigado a informar à seguradora à contratação posterior de outros seguros de pessoas com cobertura concomitantes.

105. DISPOSIÇÕES GERAIS

105.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS EM CASO DE MORTE ACIDENTAL – VRMA

106. OBJETIVO DA COBERTURA

106.1. Esta cobertura poderá ser contratada exclusivamente pelo estipulante, quando este for o responsável pelo pagamento integral do prêmio, com o objetivo de garantir o reembolso das verbas rescisórias cobertas, em caso de falecimento do segurado (empregado), decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, observada as condições contratuais.

106.2. Estão cobertas exclusivamente as seguintes verbas rescisórias: saldo de salário (correspondente aos dias trabalhados pelo funcionário no mês da rescisão), aviso prévio indenizado e proporcional ao tempo de serviço, férias vencidas e/ou proporcionais acrescidas de 1/3 (um terço) constitucional, 13º (décimo terceiro) salário proporcional e multa de 40% (quarenta por cento) sobre o saldo do FGTS.

107. RISCOS COBERTOS

107.1. A presente cobertura garante o reembolso ao beneficiário de valores referentes às despesas com o pagamento de verbas rescisórias em caso de falecimento do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante o período de vigência do seguro, até o limite do capital segurado contratado, observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.

107.2. Esta cobertura adicional poderá ser contratada somente quando o custeio do seguro for não contributivo.

108. RISCOS EXCLUÍDOS

108.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADOS À MORTE CAUSADA POR ATO CULPOSO OU DOLOSO DO ESTIPULANTE OU DO SUBESTIPULANTE, NA CONDIÇÃO DE EMPREGADOR DO SEGURADO.

109. CAPITAIS SEGURADOS

109.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

110. DATA DO EVENTO

110.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

111. BENEFICIÁRIOS

111.1. Será aquele que comprovar o desembolso de valores mediante apresentação das notas fiscais ou recibos.

112. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 112.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
- a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o segurado ou pessoa que sofreu sinistro;
 - b) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – Pessoa Jurídica devidamente preenchido pelo beneficiário legal;
 - c) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte devidamente homologado no TRT ou Sindicato com a discriminação das verbas rescisórias;
 - d) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
 - e) Cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados ou GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social;
 - f) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
 - g) Cópia do contrato de prestação de serviços firmado entre segurado e o estipulante ou subestipulante.

113. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 113.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL

114. OBJETIVO DA COBERTURA

114.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado, a título de auxílio alimentação, em caso de falecimento do segurado, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada condições contratuais**.

115. RISCOS COBERTOS

115.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado a título de auxílio alimentação, em caso de falecimento do segurado **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos**.

116. CAPITAIS SEGURADOS

116.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

117. DATA DO EVENTO

117.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

118. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

118.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, esta cobertura adicional.

119. BENEFICIÁRIOS

119.1. A indicação de **um único beneficiário** deverá ser realizada na proposta de adesão, **exclusivamente**, para essa cobertura.

119.2. Na hipótese de não haver indicação de beneficiário para esta cobertura, o pagamento do capital segurado obedecerá ao seguinte critério:

- a) Cônjuge ou companheiro(a);
- b) Na falta do cônjuge ou companheiro(a), **exclusivamente** ao filho mais novo;
- c) Na falta dos anteriores, o pagamento seguirá a ordem de vocação hereditária prevista no Código Civil, privilegiando, nesse caso, a pessoa mais idosa, observado que na classe dos ascendentes e colaterais grau mais próximo exclui o mais remoto.

120. DISPOSIÇÕES GERAIS

120.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL

121. OBJETIVO DA COBERTURA

121.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado complementar a indenização por morte acidental do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais**.

122. CAPITAIS SEGURADOS

122.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

123. DATA DO EVENTO

123.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

124. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

124.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, esta cobertura adicional.

125. DISPOSIÇÕES GERAIS

125.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

126. OBJETIVO DA COBERTURA

126.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado complementar a indenização por invalidez permanente total do segurado, decorrente **exclusivamente de acidente pessoal coberto**, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais**.

127. RISCOS COBERTOS

127.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, a título de auxílio ao custeio de despesas, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente **em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto**, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos**.

127.2. Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a ser pago em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 127.7 desta cláusula, em virtude de lesão física exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observado o disposto no item 127.6.

127.3. No caso de Invalidez Permanente decorrente de acidente pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a existência de Invalidez Permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura, de acordo com a Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, descrita no item 127.7 desta cláusula.

127.4. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, da tabela constante no item 127.7, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado individual. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

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

127.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata a cobertura contratada, devendo ser comprovada por relatório médico.

127.7. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

Caracterizada a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nestas condições especiais, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos Perda total do uso de ambos os membros superiores Perda total do uso de ambos os membros inferiores Perda total do uso de ambas as mãos Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés Perda total de uso de ambos os pés Alienação mental total e incurável Nefrectomia bilateral	100

128. RISCOS EXCLUÍDOS

128.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL:

- A) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;
- B) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;
- C) OS ACIDENTES MÉDICOS;
- D) PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;
- E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES.

129. CAPITALS SEGURADOS

129.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

130. DATA DO EVENTO

130.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

131. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

131.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, esta cobertura adicional.

132. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

132.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

-
- a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o segurado ou a pessoa que sofreu o sinistro;
 - b) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia).

133. DISPOSIÇÕES GERAIS

133.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IEIPA

134. OBJETIVO DA COBERTURA

134.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento de uma importância complementar a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, limitada ao valor do capital segurado contratado, caso o segurado venha a se tornar parcial ou totalmente inválido em caráter permanente conforme especificado na Cláusula 135 – RISCOS COBERTOS, em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, observada as condições contratuais.

135. RISCOS COBERTOS

135.1. A presente cobertura garante o pagamento de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante o período de vigência do seguro, observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.

135.2. Aplicam-se à esta cobertura as condições definidas na CLÁUSULA 41 – CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE das condições especiais da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, para fins de comprovação da invalidez.

135.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

136. RISCOS EXCLUÍDOS

136.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL:

- A) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;
- B) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;
- C) OS ERROS MÉDICOS;
- D) AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, INCLUSIVE A LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;
- E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;
- F) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO; E
- G) PERDA DE DENTES OU DANOS ESTÉTICOS, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO.

137. CAPITAIS SEGURADOS

137.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

138. DATA DO EVENTO

138.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

139. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

139.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado após o pagamento da indenização referente a invalidez permanente parcial por acidente, de forma automática, se caracterizada a invalidez permanente parcial ou total por acidente, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

140. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

140.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a invalidez permanente total por acidente extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro.

140.1.1. Os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das condições gerais.

141. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

141.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o segurado ou a pessoa que sofreu o sinistro;

b) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia).

142. DISPOSIÇÕES GERAIS

142.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) – IAC

143. OBJETIVO DA COBERTURA

143.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o recebimento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal, garantindo o pagamento do capital segurado contratado aos beneficiários, durante o período de vigência do seguro, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, **respeitadas as condições contratuais.**

144. RISCOS COBERTOS

144.1. A presente cobertura garante que serão estendidas ao cônjuge/companheiro(a) as mesmas coberturas contratadas pelo segurado principal e vigentes no momento da contratação, **observadas as condições contratuais.**

144.2. Esta cobertura suplementar não se aplica se o cônjuge ou companheiro(a) e o segurado principal forem vinculados ao mesmo estipulante por meio empregatício ou associativo, não sendo permitida a participação simultânea no seguro na condição de “segurado principal e cônjuge/companheiro(a)”. Se ambos se candidatarem ao ingresso na apólice, somente poderão fazê-lo na condição de segurados principais.

144.3. Participarão do presente seguro, automaticamente, o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal.

144.4. Poderá ser aceito como segurado dependente, o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal que esteja na data da adesão ao seguro, em perfeitas condições normais de saúde e dentro do limite de idade, estabelecido nas condições contratuais.

144.5. Para a inclusão do cônjuge/companheiro(a) poderão ser solicitados novos documentos ou exames, caso a seguradora verifique que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes.

144.6. Esta cobertura suplementar não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a) – IFC.

145. RISCOS EXCLUÍDOS

145.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA(S) COBERTURA(S) CONTRATADA(S).

146. CAPITAIS SEGURADOS

146.1. O capital segurado do cônjuge/companheiro(a) incluído automaticamente será definido no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

147. DATA DO EVENTO

147.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto, de acordo com as condições especiais de cada cobertura contratada.

148. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

148.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos de acordo com o âmbito geográfico definido em cada cobertura contratada pelo segurado principal.

149. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE /COMPANHEIRO(A)

149.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- a) Na data do início da garantia do risco individual do segurado principal; e
- b) Na data da inclusão da condição no seguro, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

150. TÉRMINO DA COBERTURA DO CÔNJUGE /COMPANHEIRO(A)

150.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com a morte do segurado principal ou cônjuge/companheiro(a) ou sua invalidez permanente total por acidente;
- b) Na ocorrência de separação judicial/de fato ou divórcio;
- c) Dissolução da união estável;
- d) No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, quando se tratar de companheiro(a).

151. BENEFICIÁRIOS

151.1. Para eventos decorrentes da morte acidental do cônjuge/companheiro(a), o beneficiário será o segurado principal.

151.2. Nas demais coberturas que possam existir, o beneficiário será o próprio cônjuge/companheiro(a).

152. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

152.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionada a presente cobertura suplementar, além da documentação descrita na Cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais e da documentação solicitada em cada cobertura contratada, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do segurado, **necessária somente** caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo; **ou**
- b) Em caso de companheiro(a), enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a).

153. DISPOSIÇÕES GERAIS

153.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE E COMPANHEIRO(A) – IFC

154. OBJETIVO DA COBERTURA

154.1. Esta cobertura, mediante o recebimento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal mediante solicitação na proposta de adesão, garantindo o pagamento do capital segurado contratado aos beneficiários, durante o período de vigência do seguro, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, **respeitadas as condições contratuais.**

155. RISCOS COBERTOS

155.1. A presente cobertura garante que serão estendidas ao cônjuge/companheiro(a) as mesmas coberturas contratadas pelo segurado principal e vigentes no momento da contratação, **observada as condições contratuais.**

155.2. Esta cobertura suplementar não se aplica se o cônjuge ou companheiro(a) e o segurado principal forem vinculados ao mesmo estipulante por meio empregatício ou associativo, não sendo permitida a participação simultânea no seguro na condição de “segurado principal e cônjuge/companheiro(a)”. Se ambos se candidatarem ao ingresso na apólice, somente poderão fazê-lo na condição de segurados principais.

155.3. Participarão do presente seguro o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal que expressamente autorizar/solicitar sua inclusão de forma facultativa.

155.4. A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado ou, ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado, **não haverá direito à indenização, sendo nesses últimos casos devolvidos os valores do prêmio referente à inclusão indevida da cobertura de cônjuge.**

155.5. Poderá ser aceito como segurado, o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal que esteja na data da adesão ao seguro, em perfeitas condições normais de saúde e dentro do limite de idade, estabelecido nas condições contratuais.

155.6. Para a aceitação do cônjuge/companheiro(a) poderão ser solicitados novos documentos ou exames, caso a seguradora verifique que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes.

155.7. Esta cobertura suplementar não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC.

156. RISCOS EXCLUÍDOS

156.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA CONTRATADA.

157. CAPITAIS SEGURADOS

157.1. O capital segurado do cônjuge/companheiro(a) facultativo será definido no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

158. DATA DO EVENTO

158.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto, de acordo com as condições especiais de cada cobertura contratada.

159. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

159.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos de acordo com o âmbito geográfico definido nas condições especiais de cada cobertura contratada.

160. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

160.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- a) Na data do início da cobertura do risco individual do segurado principal, desde que a inclusão de seu cônjuge/companheiro(a) seja solicitada simultaneamente, mediante análise e aceitação pela seguradora;
- e
- b) Quando este não for incluído simultaneamente com o segurado principal, o início de vigência do risco individual do seguro do cônjuge/companheiro(a) será a partir da vigência correspondente ao mês da solicitação expressa do segurado principal.

161. TÉRMINO DA COBERTURA DO CÔNJUGE /COMPANHEIRO(A)

161.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com a morte acidental do segurado principal ou cônjuge/companheiro(a) ou com sua invalidez permanente total por acidente;
- b) Na ocorrência de separação judicial, de fato ou divórcio;
- c) Dissolução da união estável;
- d) No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, quando se tratar de companheiro(a).

162. BENEFICIÁRIOS

162.1. Para eventos decorrentes da morte acidental do cônjuge/companheiro(a), o beneficiário será o segurado principal.

162.2. Nas demais coberturas que possam existir, o beneficiário será o próprio cônjuge/companheiro(a).

163. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

163.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionada a presente cobertura suplementar, além da documentação descrita na Cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais e da documentação solicitada nas condições especiais de cada cobertura contratada, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do segurado, **necessária somente** caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo; **ou**
- b) Em caso de companheiro(a), enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a).

164. DISPOSIÇÕES GERAIS

164.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF

165. OBJETIVO DA COBERTURA

165.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o recebimento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir todo(s) o(s) filho(s) do segurado principal, garantindo o pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) do seguro, durante o período de vigência do seguro, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, **respeitadas as condições contratuais**.

166. DEFINIÇÕES

166.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, também aplica-se à presente cobertura, a seguinte definição:

Segurados Dependentes: entende-se como “filhos”, os considerados dependentes econômicos do segurado principal, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda – IR:

- a) Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
- b) Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- c) Filho(a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

167. RISCOS COBERTOS

167.1. A presente cobertura garante que serão estendidas ao(s) filho(s) as mesmas coberturas contratadas pelo segurado principal, desde que no momento da contratação estejam vigentes, **observada as condições contratuais**.

167.1.1. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado para filhos;
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

167.2. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado dependente do cônjuge de maior capital segurado.

167.3. Participarão automaticamente do presente seguro todos os filhos do segurado principal, desde que estejam em perfeitas condições normais de saúde.

167.4. Não podem participar desta cobertura os filhos que façam parte do grupo de segurados.

167.5. Esta cobertura suplementar fica condicionada à contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC.

168. RISCOS EXCLUÍDOS

168.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA CONTRATADA.

169. CAPITALS SEGURADOS

169.1. O capital segurado da(s) cobertura(s) do(s) filho(s) será definido no contrato e não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

170. DATA DO EVENTO

170.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto, de acordo com cada cobertura contratada pelo segurado principal.

171. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

171.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos de acordo com o âmbito geográfico definido nas condições de cada cobertura contratada pelo segurado principal.

172. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

172.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- Na data do início da garantia do risco individual do segurado principal; e
- Na data da inclusão da condição na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

173. TÉRMINO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

173.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa:

- No caso de término da condição de dependente, conforme previsto na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES, desta cobertura;
- Com a morte acidental do segurado principal ou do(s) filho(s) ou com sua invalidez permanente total por acidente.

174. BENEFICIÁRIOS

174.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será:

- O segurado principal para os eventos decorrentes do falecimento do(a) filho(a); ou
- Nas coberturas que preveem o reembolso, o beneficiário será quem comprovar que efetuou o pagamento das despesas ou, o próprio prestador de serviço; ou
- O(a) próprio(a) filho(a) para os demais eventos cobertos.

175. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

175.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionada a presente cobertura suplementar, além da documentação descrita na Cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais e da documentação solicitada nas condições especiais de cada cobertura contratada, deverá ser apresentado os documentos a seguir relacionados:

- a) Cópias de RG(s) e CPF(s) do(s) filho(s):
 - i. Na falta do RG do(s) filho(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - ii. **Independente da idade do(s) filho(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles.**

176. DISPOSIÇÕES GERAIS

176.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

177. OBJETIVO

177.1. A presente condição tem por objetivo garantir ao estipulante e/ou aos segurados, a participação no excedente técnico da apólice, apurado após cada ano de vigência do seguro.

178. DEFINIÇÃO

178.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, também aplica-se à presente cobertura, a seguinte definição:

Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

179. DETERMINAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

179.1. Consideram-se como receitas, para fins de apuração do excedente:

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

179.2. Consideram-se como despesas mínimas, para fins de apuração do excedente:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) As comissões de administração (pró labore) pagas durante o período;
- c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) Os custos de IOF, COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros;
- e) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- f) Os saldos negativos dos períodos anteriores ainda não compensados;
- g) A reserva de IBNR, apurado conforme as normas técnicas, correspondente aos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e ainda não avisados por ocasião do vencimento da mesma;
- h) O valor total das despesas de investigação que porventura se fizerem necessárias à regulação dos sinistros avisados no período de apuração;
- i) Despesas efetivas de administração, calculadas pelo percentual definido nas condições contratuais, sobre os prêmios efetivamente pagos;
- j) Outras despesas extraordinárias.

180. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

180.1. As receitas e as despesas serão atualizadas monetariamente:

- a) Prêmios e comissões, desde os respectivos pagamentos;
- b) Sinistros, desde a data do aviso;
- c) Despesas de administração, desde as datas em que incorreram;
- d) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados, desde a respectiva apuração; e
- e) Outras datas estabelecidas na cláusula de excedente técnico.

180.2. O excedente apurado será atualizado desde o término da vigência do período considerado, até a data do respectivo pagamento, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato.

181. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

181.1. A participação no excedente técnico está condicionada a que a apólice tenha apresentado, durante o período de apuração, a média mensal mínima de 500 (quinhentos) segurados principais.

181.2. O excedente técnico apurado será atribuído ao estipulante e/ou ao subestipulante até o limite de sua contribuição no pagamento dos prêmios da apólice; o eventual excesso será distribuído aos segurados pelo estipulante e/ou subestipulante.

182. PAGAMENTO DO EXCEDENTE

182.1. A distribuição de excedentes técnicos 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 por conta do excedente técnico a ser apurado.

182.2. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos segurados, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida na cláusula de excedente técnico.

182.3. Serão deduzidos no excedente técnico, no ato de seu pagamento, todos os impostos ou taxas de competência dos contemplados, que por lei, a seguradora for obrigada a recolher.

182.4. As condições para o Pagamento do Excedente no caso de cancelamento do seguro serão realizadas conforme contrato de seguro entre a seguradora e o estipulante.

183. MODIFICAÇÕES DA CLÁUSULA

183.1. Eventuais alterações podem ser processadas em consequência de acordo entre a seguradora, o estipulante e/ou o subestipulante, se houver, com a anuência de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado durante a vigência da apólice.

184. DISPOSIÇÕES GERAIS

184.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

ANEXO I

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Caracterizada a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nestas condições especiais, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
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 quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
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-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso 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 da falange distal do polegar	09
	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 (um terço) do valor do dedo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, indenização equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	06
Encurtamento de um dos membros inferiores de 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		
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau máximo	15
	Em grau médio	10
	Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fistulas	25
	Unilateral com fistulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	7

DIVERSAS	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio bilateral	7
	Ectrópio bilateral	6
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ectrópio unilateral	3
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	APARELHO DA FONÇAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	8
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Incontinência urinária permanente	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Perda de rim único	75
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Com função preservada	30
	APARELHO REPRODUTOR E GENITAL	
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois testículos	15
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um testículo	05
	Perda de um ovário	05
	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Resecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
	Com insuficiência respiratória	75
Com redução em grau médio da função respiratória	50	
Com redução em grau mínimo da função respiratória	25	
Com função respiratória preservada	15	
MAMAS (FEMININAS)		
Mastectomia bilateral	20	

DIVERSAS	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia	40
	Ressecção parcial	20
	INTESTINO GROSSO	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20	