Sede Berrini
Av. das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin
São Paulo • SP • Brasil • 04578-000
www.mapfre.com.br

SEGURO COLETIVO DE PESSOAS PEQUENA E MÉDIA EMPRESA – PME CAPITAL GLOBAL – taxa média

Condições Gerais e Especiais

Versão 2.0

CNPJ 54.484.753/0001-49
Processo SUSEP nº 15414.900709/2014-26

INDICE

CONDIÇÕES GERAIS 7
1. OBJETIVO DO SEGURO 7
2. GLOSSÁRIO 7
3. COBERTURAS DO SEGURO 12
4. RISCOS EXCLUÍDOS 13
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO 15
6. CARÊNCIA 16
7. FRANQUIA 16
8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO CONTRATO COLETIVO 16
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO 18
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO 19
11. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL 19
12. BENEFICIÁRIO 20
13. CAPITAL SEGURADO 20
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS 22
15. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO 22
16. CUSTEIO DO SEGURO 22
17. PAGAMENTO DO PRÊMIO 23
18. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA 23
19. CANCELAMENTO DA APÓLICE 25
20. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 26
21. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 27
22. PERDA DE DIREITOS 29
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE 31
24. ALTERAÇÕES DA APÓLICE 31
25. REGIME FINANCEIRO 32
26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA 32
27. PRESCRIÇÃO 32
28. FORO 32
29. DISPOSIÇÕES GERAIS 32

CONDIÇÕES ESPECIAIS 34
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M 34
1. OBJETIVO DA COBERTURA 34
2. RISCOS EXCLUÍDOS 34
3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 34
4. DATA DO EVENTO 34
5. CARÊNCIA 34
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 34
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 35
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 35
9. DISPOSIÇÕES GERAIS 36

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA 37
1. OBJETIVO DA COBERTURA 37
2. RISCOS EXCLUÍDOS 37
3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 37

4. DATA DO EVENTO 37
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 37
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 37
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 38
8. DISPOSIÇÕES GERAIS 38

COBERTURA ADICIONAL DE DECESSOS – DE 39
1. OBJETIVO DA COBERTURA 39
2. DEFINIÇÕES 39
3. RISCOS COBERTOS 39
4. RISCOS EXCLUÍDOS 42
5. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 42
6. DATA DO EVENTO 43
7. CARÊNCIA 43
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 43
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 43
10. BENEFICIÁRIO 43
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 44
12. DISPOSIÇÕES GERAIS 45

COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ 46
1. OBJETIVO DA COBERTURA 46
2. RISCOS COBERTOS 46
3. RISCOS EXCLUÍDOS 46
4. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 46
5. DATA DO EVENTO 47
6. CARÊNCIA 47
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 47
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 47
9. BENEFICIÁRIO 47
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 47
11. DISPOSIÇÕES GERAIS 49

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL OU TOTAL POR ACIDENTE – IPA 50
1. OBJETIVO DA COBERTURA 50
2. DEFINIÇÕES 50
3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE 50
4. RISCOS EXCLUÍDOS 51
5. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 52
6. DATA DO EVENTO 52
7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 52
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 52
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 52
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 53
11. TABELA PARA O CÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO A SER PAGO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL OU TOTAL POR ACIDENTE 53
12. DISPOSIÇÕES GERAIS 57

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA 58
1. OBJETIVO DA COBERTURA 58

2. DEFINIÇÕES 58
3. RISCOS COBERTOS 58
4. RISCOS EXCLUÍDOS 59
5. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 60
6. DATA DO EVENTO 60
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 61
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 61
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 61
10. DISPOSIÇÕES GERAIS 62

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A 63
1. OBJETIVO DA COBERTURA 63
2. DEFINIÇÕES 63
3. RISCOS COBERTOS 65
4. RISCOS EXCLUÍDOS 66
5. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 67
6. DATA DO EVENTO 67
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 67
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 67
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 67
10. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA 69
11. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO 69
12. DISPOSIÇÕES GERAIS 69
ANEXO I À COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A 70

COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS EM CASO DE MORTE – VRM 72
1. OBJETIVO DA COBERTURA 72
2. RISCOS EXCLUÍDOS 72
3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 72
4. DATA DO EVENTO 72
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 73
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 73
7. BENEFICIÁRIO 73
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 73
9. DISPOSIÇÕES GERAIS 74

COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS POR MORTE ACIDENTAL – VRMA 75
1. OBJETIVO DA COBERTURA 75
2. RISCOS EXCLUÍDOS 75
3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 75
4. DATA DO EVENTO 76
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 76
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 76
7. BENEFICIÁRIO 76
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 76
9. DISPOSIÇÕES GERAIS 77

COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO – FASE TERMINAL – FT 78
1. OBJETIVO DA COBERTURA 78
2. DEFINIÇÕES 78
3. RISCOS EXCLUÍDOS 78
4. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 78
5. DATA DO EVENTO 78
6. CARÊNCIA 79
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 79
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 79
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 79
10. DISPOSIÇÕES GERAIS 80

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE – AA 81
1. OBJETIVO DA COBERTURA 81
2. RISCOS EXCLUÍDOS 81
3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 81
4. DATA DO EVENTO 81
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 81
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 81
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 82
8. DISPOSIÇÕES GERAIS 83

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL – AAMA 84
1. OBJETIVO DA COBERTURA 84
2. RISCOS EXCLUÍDOS 84
3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 84
4. DATA DO EVENTO 84
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 84
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 84
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 85
8. DISPOSIÇÕES GERAIS 85

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO–A 86
1. OBJETIVO DA COBERTURA 86
2. RISCOS EXCLUÍDOS 86
3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 86
4. DATA DO EVENTO 86
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 86
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 87
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 87
8. BENEFICIÁRIO 87
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 87
10. DISPOSIÇÕES GERAIS 88

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE – DD 89
1. OBJETIVO DA COBERTURA 89
2. RISCOS EXCLUÍDOS 89
3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 89

4. DATA DO EVENTO 89
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 89
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 89
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 90
8. DISPOSIÇÕES GERAIS 91

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL – DDMA 92
1. OBJETIVO DA COBERTURA 92
2. RISCOS EXCLUÍDOS 92
3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 92
4. DATA DO EVENTO 92
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 92
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 92
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 93
8. DISPOSIÇÕES GERAIS 94

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – DDIPTA 95
1. OBJETIVO DA COBERTURA 95
2. RISCOS EXCLUÍDOS 95
3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 95
4. DATA DO EVENTO 95
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 95
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 95
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 96
8. DISPOSIÇÕES GERAIS 96

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE – IAC 97
1. OBJETIVO DA COBERTURA 97
2. RISCOS EXCLUÍDOS 97
3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 97
4. DATA DO EVENTO 98
5. CARÊNCIA 98
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 98
7. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) 98
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) 98
9. BENEFICIÁRIO 98
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 99
11. DISPOSIÇÕES GERAIS 99

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF 100
1. OBJETIVO DA COBERTURA 100
2. RISCOS EXCLUÍDOS 100
3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 101
4. DATA DO EVENTO 101
5. CARÊNCIA 101
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 101
7. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S) 101
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S) 101

9. BENEFICIÁRIO 101
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 102
11. DISPOSIÇÕES GERAIS 102

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS – DCF 103
1. OBJETIVO DA COBERTURA 103
2. DEFINIÇÕES 103
3. RISCOS COBERTOS 103
4. RISCOS EXCLUÍDOS 103
5. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL 103
6. DATA DO EVENTO 104
7. CARÊNCIA 104
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 104
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S) 104
10. BENEFICIÁRIO 104
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 104
12. DISPOSIÇÕES GERAIS 105

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do prêmio pela Seguradora, o pagamento de capital segurado individual ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), conforme o caso, respeitada 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 excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.**

2. GLOSSÁRIO

2.1. Aceitação: é a aprovação da Proposta de Contratação do Seguro apresentada à Seguradora pelo Estipulante e/ou Subestipulante ou por intermédio de seu representante legal, e/ou pelo Corretor de Seguros, para a contratação do seguro.

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

2.2.1. Incluem-se nesse conceito:

a) Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de pagamento do Capital Segurado, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor;
b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
d) Os acidentes decorrentes de sequestros e suas tentativas;
e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

2.2.2. Excluem-se do conceito de Acidentes Pessoais:

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

2.3. Aditivo: é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder as alterações na apólice, emitido pela seguradora.

2.4. Agravamento do Risco: circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora e devem ser informadas à Seguradora sob pena de perda do direito à garantia.

2.5. Apólice: documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação do risco e da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo estipulante e subestipulante (se houver)..

2.6. Atualização Monetária: Aplicação de ajuste de valores de prêmio e capital segurado, com base em índice previamente estipulado.

2.7. Aviso de Sinistro: comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência do evento passível de cobertura sob a Apólice, sob pena de perda do direito à indenização ou ao capital segurado.

2.8. Beneficiário: pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores das indenizações, respeitada a Cobertura contratada, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.9. Boa-fé: Princípio fundamental do seguro que obriga as partes a atuarem com honestidade, lealdade, integridade e fidelidade ao cumprimento das leis e ao contrato do seguro. O segurado se obriga a prestar informações e descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes.

2.10. CAGED: Cadastro Geral de Empregados e Desempregados. É um registro administrativo do Ministério do Trabalho e Previdência Social que mede a quantidade de admissões e demissões de funcionários em regime CLT – Consolidação das Leis do Trabalho.

2.11. Capital Segurado Global: é o valor de capital segurado total determinado pelo estipulante no início da vigência do seguro e constante da proposta de contratação e da apólice, expresso em moeda corrente nacional, para garantir os valores das coberturas contratadas para todo o grupo segurado, respeitados os limites máximos e mínimos de cada cobertura estabelecidos pela seguradora na contratação. Para este seguro, pode haver valores diferenciados de capital segurado global conforme o grupo segurado e conforme expresso da proposta de contratação.

2.12. Capital Segurado Individual: resultado da divisão do capital segurado global em partes iguais ou proporcionais, de acordo com a opção contratada, entre todos os segurados pertencentes a um determinado Grupo Segurado, de acordo com a forma de capital segurado contratado, vigente na data de ocorrência do sinistro, sendo este o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora em caso de pagamento de indenização.

2.12.1. O seguro de pessoas com capital global é uma modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada segurado sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

2.13. 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 segurado e/ou beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) capital(is) segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de evento coberto/sinistro. Período durante o qual, em caso de sinistro, a seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar.

2.14. Cobertura: obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, descritas nas condições contratuais, observados os riscos expressamente excluídos e as hipóteses

de perda do direito às coberturas.

2.15. Coberturas de Risco: coberturas do seguro de pessoas conferida pelo contrato de seguro a evento incerto que independe da vontade das partes contratantes, cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

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

2.17. Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro, que englobam as Condições Gerais e as Condições Especiais.

2.18. Condições Especiais: conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de Cobertura de um mesmo seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

2.19. Condições Gerais: conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo seguro.

2.20. Conjugação: é a contratação de mais de uma cobertura securitária prevista no presente instrumento.

2.21. Cônjuge/Companheiro(a): é a pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como companheiro(a) é 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.

2.22. Contrato Coletivo: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e/ou subestipulante (se houver) e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, do subestipulante (se houver) e da Seguradora, em especial no que se refere às relações com o(s) segurado(s) e beneficiário(s), de forma complementar às Condições Contratuais.

2.23. Corretor: é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre Seguradora e pessoas físicas ou jurídicas. **O corretor de seguros responde de forma civil e regulatória pelos prejuízos que causar no exercício da profissão.**

2.24. Culpa Grave: conduta lesiva decorrente de negligência, imprudência ou imperícia do agente, cujo resultado final, embora involuntário, era previsível no momento da ação.

2.25. Dano Estético: espécie de dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza.

2.26. Doença: toda e qualquer alteração da saúde do Segurado, causada por ação direta ou indireta de agentes mórbidos, de origem interna ou externa em relação ao corpo humano, e que necessite de tratamento Médico.

2.27. Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional inerente à ocupação de uma pessoa.

2.28. Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à data da contratação do seguro, de conhecimento do Proponente e não declaradas na Proposta de Adesão/ Questionário de Avaliação de Risco. **A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, ensejará a perda do direito à indenização.**

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

2.30. Dolo: é toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa, com a intenção de induzir outrem à prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando ao prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro. É a intenção de cometer ato ilícito.

2.31. Endosso: documento, emitido pela seguradora, durante a vigência do seguro, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo entre a Seguradora e o estipulante e/ou subestipulante.

2.32. eSocial: Sistema de Escrituração Fiscal Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas. Sistema único contendo as informações relativas aos trabalhadores, como vínculos, contribuições previdenciárias, folha de pagamento, comunicações de acidente de trabalho, aviso prévio, escriturações fiscais e informações sobre o FGTS.

2.33. Estipulante: pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva em proveito de um grupo de pessoas, pactuando com a seguradora os termos do contrato para a inclusão de eventuais interessados e ficando investida de poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

2.34. Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a vigência do seguro, passível de ser indenizado pela seguradora em favor do segurado ou beneficiário(s) enquadrado nas coberturas previstas na apólice e ocorrido durante a vigência do Seguro.

2.35. Filho(s): aquele(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, desde que observadas as condições indicadas abaixo:

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(a) ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

2.36. Franquia: período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

2.37. GFIP: Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social. É a guia que contém as informações de vínculos empregatícios e remunerações, geradas pelo aplicativo SEFIP – Sistema Empresa de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social.

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

2.39. Grupo Segurável: é a totalidade de pessoas físicas vinculadas ao estipulante e/ou subestipulante (se houver), que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.40. Indenização: valor a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência do sinistro, observada a dedução da Franquia e limitado ao valor do capital segurado individual da(s) cobertura(s) contratada(s).

2.41. Interrupção de prazo: é a cessação da contagem de um prazo contratual ou legal. Quando o prazo é interrompido, ele se reinicia novamente após cessada a causa da interrupção.

2.42. **IPCA**: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

2.43. **Liquidação do sinistro**: Pagamento da indenização ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), após a finalização da regulação do sinistro e conclusão de sinistro indenizável.

2.44. **Médico/Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado. **A seguradora não serão 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.**

2.45. **Período de Cobertura:** prazo de duração durante o qual o segurado ou o(s) beneficiário(s), quando for o caso, farão jus aos capitais segurados individuais apurados, em caso de ocorrência de evento coberto.

2.46. **Prazo de Tolerância:** intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de evento coberto, ainda que em caso de inadimplência haverá cobertura.

2.47. **Prêmio:** importância fixada na Apólice e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia de interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.

2.48. **Premoriência:** morte de uma pessoa ocorrida anteriormente à de uma outra pessoa, que lhe sobrevive.

2.49. **Proponente:** pessoa física ou jurídica interessada em contratar o Seguro Coletivo e que apresenta a Proposta de Contratação à Seguradora.

2.50. **Proposta de Contratação:** documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar a(s) cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.

2.51. ***Pro Rata Temporis*:** o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias de vigência decorridos do seguro.

2.52. **Questionário de Avaliação do Risco:** formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.

2.53. **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 quaisquer prêmios ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou ao estipulante ou ao subestipulante.

2.54. **Regulação de Sinistro:** Procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro.

2.55. **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.

2.56. Reintegração do Capital Segurado: recomposição do capital segurado relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após o pagamento de uma Indenização, desde que não se trate de cobertura que preveja o cancelamento da cobertura/apólice.

2.57. Risco: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos.

2.58. Risco Excluído: evento potencialmente danoso não coberto pelo Seguro, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pela Apólice.

2.59. Segurado: é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

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

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

2.62. Seguradora: é a empresa legalmente autorizada para comercializar seguro e que, mediante o recebimento de Prêmio, garante interesse legítimo do legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é a Mapfre Vida S.A..

2.63. Sinistro: é a ocorrência do evento coberto previsto nas Condições Contratuais, durante o período de Vigência do Seguro.

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

2.65. Vigência do Seguro: período fixado na Apólice durante o qual está em vigor o contrato de seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à Seguradora.

2.66. Vigência da Cobertura Individual: período de tempo fixado na apólice do seguro em que o segurado permanece garantido pelo seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à seguradora.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. É facultada ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) a escolha das coberturas do seguro, aplicáveis a todo o grupo segurado respeitando as regras de conjugação dos planos indicados nesta cláusula. **O conjunto das coberturas contratadas deverá ser identificado na proposta de contratação, sendo obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das coberturas básicas relacionadas abaixo:**

3.1.1. Coberturas Básicas:

- Morte – M
- Morte Acidental – MA

3.1.1.1. As coberturas básicas poderão ser contratadas em conjunto ou isoladamente.

3.1.2. Coberturas Adicionais:

- Decessos – DE
- Aquisição de Jazigo – AJ
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA

- Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
- Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD–A
- Verbas Rescisórias em caso de Morte – VRM
- Verbas Rescisórias em caso de Morte Acidental – VRMA
- Antecipação de Capital Segurado – Fase Terminal – FT
- Auxílio Alimentação por Morte – AA
- Auxílio Alimentação por Morte Acidental – AAMA
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO–A
- Despesas Diversas por Morte – DD
- Despesas Diversas por Morte Acidental – DDMA
- Despesas Diversas por Invalidez Permanente Total por Acidente – DDIPTA
- Doença Congênita de Filhos – DCF

3.1.3. Coberturas Suplementares

- Inclusão Automática de Cônjuge – IAC
- Inclusão Automática de Filhos – IAF

3.1.4. Para a contratação de coberturas adicionais e/ou suplementares será obrigatório a contratação de pelo menos uma das coberturas básicas.

QUANDO DA CONJUGAÇÃO DE COBERTURAS DEVERÃO SER OBSERVADAS AS SEGUINTES DISPOSIÇÕES:

3.2. A cobertura adicional de Aquisição de Jazigo – AJ somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Decessos – DE.

3.3. A cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD–A somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte – M.

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. As coberturas adicionais de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD–A e Antecipação de Capital Segurado – Fase Terminal – FT não podem ser contratadas em conjunto.

3.6. As coberturas adicionais de Verbas Rescisórias em caso de Morte – VRM e Verbas Rescisórias em caso de Morte Acidental – VRMA não podem ser contratadas em conjunto.

3.7. As coberturas adicionais de Auxílio Alimentação por Morte – AA e Auxílio Alimentação por Morte Acidental – AAMA não podem ser contratadas em conjunto.

3.8. As coberturas adicionais de Despesas Diversas por Morte – DD e Despesas Diversas por Morte Acidental – DDMA não podem ser contratadas em conjunto.

3.9. A cobertura adicional de Despesas Diversas por Invalidez Permanente Total por Acidente – DDIPTA somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA ou com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA.

3.10. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuges – IAC possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o segurado principal: Morte – M, Morte Acidental – MA, Decessos – DE, Aquisição de Jazigo – AJ, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA e Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA e Invalidez Funcional Permanente e Total por

Doença – Antecipação – IFPD-A.

3.11. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o segurado principal: Morte – M, Morte Acidental – MA, Decessos – DE, Aquisição de Jazigo – AJ e Doença Congênita de Filhos – DCF.

3.12. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF fica condicionada à contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge – IAC.

3.13. A cobertura adicional de Doença Congênita de Filhos – DCF fica condicionada à contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF.

3.14. 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.

3.15. As coberturas previstas nestas condições gerais somente terão validade quando contratadas e seus respectivos Prêmios estiverem pagos, conforme expressamente previsto na Proposta de Contratação e/ou na Apólice de seguros.

3.16. 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 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, ATOS TERRORISTAS OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LOS COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUSTÂNCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMETE DE SEU PROPÓSITO E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATO ATENTATÓRIO A ORDEM PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE. EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA DECORRIDO DO TRABALHO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MILITARES, DE ATOS HUMANITÁRIOS, DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE ARRISCADO OU DA PRÁTICA DESPORTIVA;

C) DE DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADOS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO OU NO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO;

D) DE DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S), OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS, CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, BENEFICIÁRIOS E/OU PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES DO ESTIPULANTE OU SUBESTIPULANTES, SE HOUVER;

E) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, DAS SOLICITAÇÕES DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;

F) DE EPIDEMIAS, E PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;

G) DE INUNDAÇÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, CICLONE, MAREMOTO, MOVIMENTO SÍSMICO OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL E QUALQUER OUTRO FENÔMENO ATMOSFÉRICO, METEOROLÓGICO, SÍSMICO OU GEOLÓGICO DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO;

H) DE INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO (MÉDICO);

I) 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;

J) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTES, DE LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE;

K) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA NÃO UTILIZAÇÃO, PELO SEGURADO, DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI;

L) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA AUSÊNCIA DE HABILITAÇÃO DO SEGURADO PARA CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR;

M) DE PRÁTICA DE ATOS RECONHECIDAMENTE PERIGOSOS QUE NÃO SEJAM MOTIVADOS POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETUANDO-SE OS CASOS QUE PROVIEREM DA UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADOS, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;

N) 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;

O) DE QUAISQUER PAGAMENTOS, MESMO EM CONSEQUÊNCIA DE EVENTO COBERTO, DECORRENTES DE DANOS MORAIS E DANOS ESTÉTICOS, E DE LUCROS CESSANTES RESULTANTES DA PARALISAÇÃO, TEMPORÁRIA OU DEFINITIVA, DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS DO SEGURADO EM VIRTUDE DA OCORRÊNCIA DE QUALQUER RISCO COBERTO E INDENIZÁVEL.

4.1.1. 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.

4.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1 E SUBITEM 4.1.1, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS PARA ACIDENTES PESSOAIS, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:

A) AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS;

B) A DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC (EXCETO SE CONTRATADA A COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA);

C) 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;

D) DE ACIDENTES OCORRIDOS EM DATA ANTERIOR À CONTRATAÇÃO DO SEGURO;

E) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;

F) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;

G) ACIDENTE QUANDO O SEGURADO ESTIVER CONDUZINDO VEÍCULO AUTOMOTOR, AERONAVE OU EQUIPAMENTO SEM A DEVIDA APTIDÃO, HABILIDADE OU HABILITAÇÃO ESPECÍFICA E TENHA DADO CAUSA AO EVENTO;

H) 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;

I) 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.

4.3. OS DEMAIS RISCOS EXCLUÍDOS, ESPECÍFICOS POR COBERTURA, ESTÃO EXPRESSAMENTE DEFINIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA RESPECTIVA COBERTURA.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

5.1. O âmbito geográfico de cada uma das coberturas será definido nas respectivas condições especiais.

6. CARÊNCIA

6.1. A CARÊNCIA DE CADA COBERTURA, QUANDO APLICADA, ESTARÁ PREVISTA NA CONDIÇÃO ESPECIAL DE CADA COBERTURA, SENDO TAMBÉM DEFINIDA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE.

6.1.1. HAVERÁ CARÊNCIA PARA SUICÍDIO TENTADO OU CONSUMADO NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA DA APÓLICE.

6.1.2. O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, DA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A CARÊNCIA SOMENTE SE APLICA A DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA.

6.2. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA AS COBERTURAS CONTRATADAS DEVERÁ SER DE, NO MÁXIMO, 2 (DOIS) ANOS, E NÃO PODERÁ EXCEDER METADE DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO SEGURO.

6.3. A CRITÉRIO DA SEGURADORA, O PERÍODO DE CARÊNCIA PODERÁ SER REDUZIDO OU SUBSTITUÍDO POR DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE E/OU EXAME MÉDICO.

6.4. NÃO HAVERÁ CARÊNCIA QUANDO OCORRER A RENOVAÇÃO DO SEGURO E EM SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS, EXCETO NO CASO DE TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO.

7. FRANQUIA

7.1. A FRANQUIA DE CADA COBERTURA, QUANDO APLICADA, ESTARÁ PREVISTA NA CONDIÇÃO ESPECIAL DA RESPECTIVA COBERTURA, SENDO TAMBÉM DEFINIDA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃOE NA APÓLICE.

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO CONTRATO COLETIVO

8.1. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação da Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), quando for o caso, seu representante legal ou pelo Corretor de Seguros, com o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na Seguradora.

8.1.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta.

8.2. Em atendimento à legislação em vigor, o proponente deverá, obrigatoriamente, na contratação do seguro, fornecer à seguradora as seguintes informações cadastrais:

a) Pessoa Física:
- a.1) Nome completo;
- a.2) Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/MF;
- a.3) Natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição;
- a.4) Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;
- a.5) Profissão;
- a.6) Patrimônio estimado ou faixa de renda mensal
- a.7) Enquadramento de PPE(*).

b) Pessoa Jurídica:
- b.1) A denominação ou razão social;
- b.2) Atividade principal desenvolvida;
- b.3) Número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- b.4) Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;
- b.5) Informações acerca da situação patrimonial e financeira.
- b.6) Enquadramento de PPE(*).

8.3. O pagamento antecipado do prêmio, total ou parcialmente, não caracteriza a aceitação da Proposta.

8.4. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.

8.5. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido para aceite ou recusa da proposta, poderá solicitar esclarecimentos, exames periciais, documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação

da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

8.6. A recusa da Proposta será comunicada pela Seguradora ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e/ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.

8.7. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 8.5, respeitadas as condições de interrupção, **caracterizará a aceitação tácita da proposta.**

8.8. A aceitação do contrato coletivo se formalizará com a emissão/disponibilização da Apólice 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 30 (trinta) dias, contados a partir da data de aceitação da Proposta.

8.8.1. A data de aceitação da Proposta será:
I. A data de emissão/disponibilização da Apólice; ou
II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 8.4, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

8.9. Não se presume que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, do Questionário de Avaliação do Risco, nem daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na CLÁUSULA 23 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE.

8.10. É admitida a contratação do Seguro por meios remotos.

8.11. É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.

8.12. Deverá ser observado para a contratação e manutenção deste seguro, o número mínimo de 2 (dois) segurados na apólice.

8.12.1. Se apurado em ocasião de sinistro que a apólice possui 01 (um) ou 02 (dois) segurados o contrato será cancelado, por não se enquadrar na modalidade coletiva e, para primeira situação, onde houver 01 (um) único segurado não haverá cobertura para o sinistro, observado o disposto nestas Condições Gerais.

8.13. Não sendo atingido o número mínimo estipulado, a Apólice poderá ser cancelada por não se enquadrar na modalidade coletiva, observado o disposto nestas Condições Gerais.

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO

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

9.2. Poderá ser aceito como Segurado, todas as pessoas físicas pertencentes ao Grupo Segurável, que estejam, na data da contratação do seguro, em plena atividade profissional e em boas condições de saúde, tenham idade compreendida entre 14 (quatorze) e 70 (setenta) anos completos e que tenham vínculo empregatício com o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), nos seguintes cargos:

a) Sócio(s), acionista(s) e diretor(es) da empresa estipulante/subestipulante, desde que comprovem vínculo por meio de Contrato/Estatuto Social, Ata de Eleição ou registro na GFIP ou registro no CAGED ou registro no eSocial ou comprovante da(s) retirada(s) mensal(is) sob forma de “pró labore” ou outro documento

oficial que vier a substituí-los;

b) Funcionário(s) registrado(s) e ativo(s) da empresa estipulante/subestipulante, desde que comprovem vínculo com a empresa por meio de registro na GFIP ou registro no CAGED ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;

c) Administrador(es), constituído por todos os administradores eleitos ou contratados constantes em Ata de Assembleia da Empresa, desde que devidamente registrados na Junta Comercial e/ou órgão competente.

9.3. NÃO PODERÃO PARTICIPAR DO SEGURO E NÃO SERÃO CONSIDERADOS COMO COMPONENTES DO GRUPO SEGURADO, MESMO QUE CONSTANTES DA GFIP OU DO CONTRATO SOCIAL, OS FUNCIONÁRIOS E DIRETORES/SÓCIOS/ADMINISTRADORES AFASTADOS DO TRABALHO OU APOSENTADOS PELO INSS – INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.

9.4. Os empregados que são aposentados por tempo de serviço ou aposentados por idade **que estejam em plena atividade profissional junto ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) podem ser aceitos no seguro,** desde que constem da relação GFIP ou CAGED ou do Contrato/Estatuto Social ou Ata de Assembleia ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los.

9.5. Os segurados que se afastarem posteriormente a data de início de vigência deverão ser mantidos na apólice com o respectivo recolhimento do Prêmio do seguro junto a Seguradora normalmente.

9.6. NÃO ESTÃO GARANTIDOS PELO SEGURO OS PROFISSIONAIS AUTÔNOMOS, PRESTADORES DE SERVIÇO/TERCEIROS, ESTAGIÁRIOS E OS PROFISSIONAIS LIBERAIS, AINDA QUE CONSTEM NA RELAÇÃO GFIP OU CAGED.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

10.1. O início e término de vigência do seguro será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na Apólice e endossos.

10.2. A Apólice poderá ser renovada automaticamente por período igual ao contratado, inicialmente, uma única vez, salvo se a Seguradora ou Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), mediante aviso prévio em até de 60 (sessenta) dias do término da vigência da apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade, ou se não atingido o número mínimo de 2 (duas) vidas.

10.2.1. As renovações posteriores à primeira deverão ser expressas entre as partes, por meio do preenchimento e apresentação de Proposta à Seguradora pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), nos termos da CLÁUSULA 8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO CONTRATO COLETIVO.

10.3. Na emissão e em cada uma das renovações do seguro, será emitido Endosso de renovação e disponibilizado ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver).

10.4. O seguro não poderá ser renovado caso não atingido o número mínimo de 2 (duas) vidas, além de a Apólice poder ser cancelada, observado o disposto nestas Condições Gerais.

10.5. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique ônus ou deveres adicionais aos segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

10.6. A renovação que não implicar alteração da Apólice coletiva com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver).

10.7. 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 durante a vigência da apólice.

11. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1. A vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida e indicadas na apólice do seguro e nos respectivos endossos.

11.1.1. Para novos componentes do Grupo Segurável, contratados posteriormente ao início de vigência da apólice, a cobertura inicia-se na data da admissão ou início do contrato de trabalho ou nomeação como administrador/diretor junto ao estipulante e/ou subestipulante (se houver).

11.2. A cobertura individual do seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, observado o período de vigência e renovação da apólice disposto na Cláusula 10 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO.

12.BENEFICIÁRIO

12.1. Cabe ao Segurado, mediante declaração feita formalmente, exclusiva e a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) beneficiário(s).

12.2. No caso de ocorrência de morte do segurado, a(s) indenização(ões) correspondente à(s) cobertura(s) contratada(s), será(ão) paga(s) de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado.

12.3. O Segurado poderá promover a substituição do beneficiário, a qualquer tempo.

12.4. Qualquer alteração de beneficiário somente terá validade no 1º (primeiro) dia útil subsequente à data de protocolo na Seguradora, da solicitação escrita **devidamente assinada pelo segurado. A Seguradora não sendo informada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.**

12.5. Na falta de indicação expressa de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado.

12.6. Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

12.7. Para efeito desse seguro, o(a) companheiro(a) será equiparado(a) ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro, viúvo ou separado de fato.

12.8. NÃO SERÁ ADMITIDA A INDICAÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS POR PROCURAÇÃO.

12.9. CASO NÃO SEJA IDENTIFICADO BENEFICIÁRIO OU DEPENDENTE DO SEGURADO PARA SUBSISTÊNCIA NO PRAZO PRESCRICIONAL DA RESPECTIVA PRETENSÃO, O CAPITAL SEGURADO SERÁ TIDO POR ABANDONADO, NOS TERMOS DO INCISO III DO CAPUT DO ART. 1.275 DA LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002 (CÓDIGO CIVIL), E SERÁ APORTADO NO FUNDO NACIONAL PARA CALAMIDADES PÚBLICAS, PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL (FUNCAP).

13.CAPITAL SEGURADO

13.1. O Capital Segurado Global contratado para cada uma das coberturas será estabelecido na Apólice e

corresponderá ao valor máximo da indenização devida na data de ocorrência do evento coberto. Os valores ora mencionados serão apurados na data do evento coberto, de acordo com as condições especiais das coberturas contratadas.

13.2. O Capital Segurado Global é aquele a ser dividido entre os Segurados pertencentes a um determinado Grupo de Segurado, **sendo eles indicados como "Empregados" e "Sócios, Diretores ou Administradores", devidamente distinguidos no subitem 13.7.1 e desde que observado o limite do valor contratado para cada cobertura,** estabelecido na proposta de contratação e respectiva apólice, respeitando as demais cláusulas do contrato.

13.3. Sempre que houver alteração na quantidade de Sócios, Diretores ou Funcionários integrantes do grupo segurado, o Estipulante deverá obrigatoriamente comunicar a Seguradora por meio de endosso. Essa comunicação tem como objetivo preservar a variação mínima permitida para o grupo segurado durante a vigência da apólice, atender as necessidades de capital individual, além de possibilitar a análise de eventuais impactos e a necessidade de ajustes na precificação. Nesses casos, qualquer alteração estará condicionada à anuência formal da Seguradora para que possa ser efetivada.

13.4. A quantidade de empregados da empresa será comprovada no momento da ocorrência do sinistro, mediante a apresentação da listagem do CAGED ou da GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, **do mês de ocorrência do evento coberto e, no caso de sócios, diretores e administradores que não constem do CAGED ou da GFIP** ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, **para comprovação do vínculo será exigida também a apresentação do Contrato Social ou Estatuto Social, Ata de Eleição ou de Assembleia do mês de ocorrência do sinistro.**

13.5. Caso seja identificada variação no número de vidas seguradas que represente uma redução igual ou superior a 10% em relação à última comunicação formal realizada pelo Estipulante, a Seguradora reserva-se o direito de calcular a indenização com base no último número de vidas informado anteriormente, seja por meio de endosso ou, na falta deste, conforme a Proposta de Contratação.

13.6. Na hipótese de ser constatado um número de vidas superior ao informado em endosso realizado ou, na falta deste, na Proposta de Contratação, o capital individual será apurado mediante a divisão do Capital Global pelo número de vidas constantes no CAGED ou da GFIP ou registro no eSocial e no Contrato Social.

13.7. Podem ser contratados valores diferenciados de capital segurado global para **(a)** grupo de empregados e **(b)** grupo de sócios, diretores e administradores.

13.7.1. Tradicional: o capital segurado individual será apurado pela divisão do capital segurado global contratado pelo estipulante/subestipulante pela quantidade de segurados do grupo único de empregados, sócios, diretores e administradores, sendo a quantidade de vidas comprovada conforme descrito nos itens 13.3 e 13.4 acima.

13.7.2. Por Cargo: serão contratados valores diferenciados de capital segurado global para cada grupo: de sócios, diretores, administradores e/ou empregados.

13.7.3. Nesse caso, o capital segurado individual será apurado de acordo com um dos critérios abaixo:

(a) Empregados: pela divisão do capital segurado global contratado pelo estipulante/subestipulante para o grupo de funcionários/empregados pela quantidade de segurados, sendo a quantidade de vidas deste cargo comprovada conforme descrito no item 13.4 acima.

(b) Sócios, Diretores ou Administradores: pela divisão do capital segurado global contratado pelo estipulante/subestipulante para o grupo de Sócios ou Diretores ou Administradores, pela quantidade de segurados do cargo correspondente, **sendo a quantidade de vidas deste grupo** comprovada conforme descrito no item 13.4 acima.

13.7.4. Sob nenhuma hipótese, para apuração do capital segurado individual, será aplicado o valor de um grupo para o outro.

13.8. O capital segurado Individual será apurado com base no resultado da divisão do capital segurado global em partes iguais ou proporcionais, **de acordo com o grupo segurado contratado** e vigente na data de ocorrência do evento coberto, conforme critérios definidos no item 13.4, sendo este o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora.

13.8.1. Para determinação da quantidade total de segurados, aplicada ao cálculo do capital segurado individual, serão considerados também os segurados afastados após o início de vigência do seguro, que estão cobertos pelas garantias do contrato respeitando as condições descritas na Cláusula 9 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO destas condições gerais, e que ainda se encontram afastados no mês de ocorrência do evento coberto.

13.8.2. Quando o segurado não constar na listagem do CAGED, GFIP, eSocial, Contrato Social, Estatuto Social e Ata de Eleição, Ata de Assembleia ou outro documento oficial que vier a substituí-los, e for comprovado o direito a indenização por outros meios oficiais, o capital segurado individual será apurado adicionando-se 1 (uma) vida ao número total de segurados constante na CAGED, GFIP, eSocial, Contrato Social ou Estatuto Social, Ata de Eleição, Ata de Assembleia ou outro documento oficial que vier a substituí-los, conforme o caso, do mês de ocorrência do sinistro.

13.9. Os capitais segurados individuais dos dependentes, quando houver sua inclusão no seguro, em quaisquer coberturas, não podem ser superiores ao do segurado principal.

13.10. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

14.ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

14.1. As atualizações monetárias previstas nestas Condições Gerais serão realizadas com base no IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

14.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o IGP–M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado/Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.

14.2. A atualização monetária, com base na variação do índice estabelecido na Cláusula 14.1 será devida para as seguintes situações:

a) **Os Capitais Segurados Globais de todas as Coberturas contratadas e seus respectivos Prêmios serão atualizados monetariamente anualmente, na data de aniversário da contratação da Apólice, com base na variação positiva acumulada dos últimos 12 (doze) meses, apurado com até 2 (dois) meses de antecedência ou conforme prazo indicado na comunicação referente a atualização de valores.**

b) Os valores devidos a título de devolução de Prêmios, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice a partir da data em que se tornarem exigíveis até a data de sua efetiva devolução, considerando que:

b.1) **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;
b.2) **No Caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo Prêmio;

c) Os Prêmios em atraso sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice a partir da data de vencimento da parcela até a data do seu efetivo pagamento.

d) Os valores das Indenizações de Sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice, 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**.

14.3. Além do previsto na Cláusula 14.2, aplicar-se-ão nas situações previstas nos subitens **"c"** e "d" juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados "Pro Rata Temporis", contados a partir do primeiro dia útil posterior a data definida para cada previsão até a data do seu efetivo pagamento.

14.4. Além do previsto nas Cláusulas 14.2 e 14.3, aplicar-se-á na situação prevista no subitem "d", multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido corrigido monetariamente.

14.5. 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.

15.TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO

15.1. O Prêmio deste seguro será calculado com base nas coberturas contratadas.

15.1.2. Qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que o plano preveja cláusula de reavaliação de taxas de seguro, poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante e/ou subestipulante.

16.CUSTEIO DO SEGURO

16.1. A forma de custeio do seguro será **não contributário,** ou seja, aquele em que o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) paga a totalidade do Prêmio do seguro.

16.2. É VEDADA A ESTRUTURAÇÃO DE SEGURO DE PESSOAS COM CAPITAL GLOBAL EM QUE O SEGURADO SEJA RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO PRÊMIO, TOTAL OU PARCIALMENTE.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1. O Prêmio do seguro é periódico e deverá ser pago à Seguradora pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) de acordo com a periodicidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual), conforme opção indicada na Proposta de Contratação, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.

17.1.1. Optando-se pelo pagamento do Prêmio em periodicidade anual, este poderá ser pago em uma única parcela ou dividido em mais parcelas, sendo que, para este último caso, o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) poderá(ão) antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas

17.1.2. Quando o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) optar pelo parcelamento do Prêmio

anual, na forma prevista na Cláusula 17.1.1. acima, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice do seguro.

17.2. O pagamento do Prêmio do seguro será realizado de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação. Cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

17.2.1. Se aplicável, a Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

17.2.2. Se o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), seu representante, ou o Corretor que intermediar a contratação, não receberem o documento de cobrança, seja da parcela única ou de qualquer uma das parcelas do Prêmio, conforme periodicidade escolhida, no prazo estabelecido na Cláusula 17.3, deverão solicitar à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data do seu vencimento.

17.3. A FALTA DE PAGAMENTO DA PARCELA ÚNICA OU DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO, RESPEITADA A PERIODICIDADE DEFINIDA EM CONTRATO, ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, RESOLVE AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO O CONTRATO DE SEGURO, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL.

17.4. A data do vencimento para o pagamento da parcela única ou da e sua primeira parcela do Prêmio, será de, no máximo, 30 (trinta) dias, contados da Aceitação da Proposta e/ou de eventuais Endossos.

17.5. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não houver expediente bancário, o pagamento da fatura poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja a suspensão de suas coberturas e sem acréscimo de valor.

17.6. Na hipótese de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta corrente, a quitação está vinculada à confirmação do débito do valor pela rede bancária, sendo do Estipulante e/ou Subestipulante a responsabilidade de autorização do débito junto ao banco escolhido.

17.7. A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO PODERÁ CARACTERIZAR INADIMPLÊNCIA, SENDO APLICADO O DISPOSTO NA CLÁUSULA 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA.

17.8. Durante a vigência da Apólice, o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) poderá solicitar a substituição da periodicidade e/ou da forma de pagamento do Prêmio, respeitada e observada a existência de parcela em aberto, que permita a referida alteração.

17.9. A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NO PRAZO DEVIDO ACARRETARÁ A COBRANÇA DE ENCARGOS, CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, SENDO APLICADO, AINDA, O DISPOSTO NAS CLÁUSULAS 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.

17.10. O estipulante e/ou Subestipulante ficam terminantemente proibidos de recolher do(s) segurado(s), a título de prêmio do seguro, qualquer valor.

17.11. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto na **CLÁUSULA 15 – TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO**, destas condições gerais.

17.12. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

17.13. O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que se referir

18.PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

18.1. QUANDO O PRÊMIO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NÃO FOR PAGO ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO, AS COBERTURAS DO SEGURO PERMANECERÃO VIGENTES PELO PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS.

18.1.1. Durante o prazo de tolerância estarão cobertos os sinistros ocorridos, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), podendo a Seguradora abater o(s) respectivos(s) valor(es) devido(s) da indenização. Serão aplicados no(s) prêmio(s) devido(s) os encargos previstos na CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

18.1.2. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOUVER) SERÁ NOTIFICADO PARA PAGAR A(S) PARCELA(S) EM ATRASO COM OS ENCARGOS DEVIDOS, SENDO ADVERTIDO QUE O NÃO PAGAMENTO ATÉ O PRAZO INDICADO ACARRETARÁ O CANCELAMENTO DO SEGURO.

18.2. APÓS A NOTIFICAÇÃO E ENCERRADO O PRAZO DE TOLERÂNCIA SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO 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 COM O SEGURO CANCELADO.

18.3. NO CASO DE HAVER PARCELAS EM ATRASO INTERCALADAS COM PARCELAS PAGAS, SERÁ CONSIDERADA A 1ª (PRIMEIRA) PARCELA EM ATRASO PARA FINS DE DETERMINAÇÃO DO PERÍODO DE TOLERÂNCIA, INDEPENDENTEMENTE DE HAVER PARCELAS POSTERIORES PAGAS.

19. CANCELAMENTO DA APÓLICE

19.1. A APÓLICE PODERÁ SER RESCINDIDA A QUALQUER TEMPO, SEM QUALQUER RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO, POR MÚTUO ACORDO ENTRE SEGURADORA E ESTIPULANTE/ SUBESTIPULANTE,FICANDO A SEGURADORA ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE A PARTIR DA DATA DA RESCISÃO.

19.2. ESTE SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, SEM QUALQUER RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO E EMOLUMENTOS:

A) PELO DESCUMPRIMENTO DE QUALQUER CLÁUSULA/DISPOSIÇÃO DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DA APÓLICE;
B) QUANDO HOUVER FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE COMPROVADAMENTE PRATICADA PELO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, SEGURADO, SEUS REPRESENTANTES LEGAIS OU BENEFICIÁRIOS NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO OU DURANTE A SUA VIGÊNCIA, OU, AINDA, PARA A OBTENÇÃO OU MAJORAÇÃO DA INDENIZAÇÃO;
C) PELO NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO CONFORME DISPOSTO NA CLÁUSULA 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA DESTAS CONDIÇÕES GERAIS;
D) NO FINAL DO PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, SE ESTA NÃO FOR RENOVADA;

E) NA HIPÓTESE DE CONTRATAÇÃO POR PESSOAS JURÍDICAS, SE SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES LEGAIS AGIREM COM DOLO, FRAUDE OU SIMULAÇÃO NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, DURANTE TODA SUA VIGÊNCIA, OU AINDA PARA OBTER OU PARA MAJORAR A INDENIZAÇÃO;

F) NA OCORRÊNCIA DE QUAISQUER DAS SITUAÇÕES PREVISTAS NA CLÁUSULA 22 – PERDA DE DIREITOS;

G) PELA INOBSERVÂNCIA DAS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NA CLÁUSULA 23 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, INCLUSIVE QUANTO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO;

H) SE NÃO FOR ATINGIDO O NÚMERO MÍNIMO DE 2 (DUAS) VIDAS EXIGIDAS PARA A CONTRATAÇÃO, MANUTENÇÃO E/OU RENOVAÇÃO DO SEGURO.

19.1. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

20. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

20.1. A COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO TERMINA, SEM QUALQUER RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO:

A) COM O FALECIMENTO DO SEGURADO PRINCIPAL;

B) COM O CANCELAMENTO DA APÓLICE POR QUAISQUER DAS SITUAÇÕES PREVISTAS NA CLÁUSULA 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE;

C) COM O DESAPARECIMENTO DO VÍNCULO ENTRE O SEGURADO E O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOUVER);

D) QUANDO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOUVER), DEIXAR DE PAGAR O PRÊMIO DO SEGURO;

E) QUANDO TERMINAR O PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, SE ESTA NÃO FOR RENOVADA, RESPEITANDO O PRÊMIO DE SEGURO EFETIVAMENTE PAGO;

F) AUTOMATICAMENTE, COM O PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, QUANDO AS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA CORRESPONDENTE ESTABELECEREM O CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO;

G) QUANDO HOUVER FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE COMPROVADAMENTE PRATICADA PELO SEGURADO, SEU REPRESENTANTE LEGAL OU SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) NA ADESÃO AO SEGURO OU DURANTE A SUA VIGÊNCIA, OU, AINDA, PARA A OBTENÇÃO OU MAJORAÇÃO DA INDENIZAÇÃO;

H) NA OCORRÊNCIA DE QUAISQUER DAS SITUAÇÕES PREVISTAS NA CLÁUSULA 22 – PERDA DE DIREITOS.

20.2. ALÉM DAS HIPÓTESES PREVISTAS NO ITEM 20.1 PARA A TÉRMINO DA COBERTURA DO SEGURADO PRINCIPAL, A COBERTURA DE CADA SEGURADO DEPENDENTE SERÁ CANCELADA:

A) SE FOR CANCELADA A RESPECTIVA COBERTURA SUPLEMENTAR;

B) COM O CANCELAMENTO DO SEGURO DO SEGURADO PRINCIPAL;

C) NO CASO DE CESSAÇÃO DA CONDIÇÃO DE DEPENDENTE.

21. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

21.1.1. Em caso de Sinistro, o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) ou o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou o(s) representante(s) legal(is) de um ou de outro(s) deverá(ão) comunicar imediatamente o evento à seguradora por meio da Central de Atendimento ou outro meio que a

seguradora disponibilize e estabeleça na proposta de contratação ou na apólice.

21.1.2. Juntamente com o aviso de sinistro devem ser fornecidos à Seguradora todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências e documentação básica completa prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

21.1.3. Caso a documentação apresentada seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, que faça referência a outros documentos e fatos não disponibilizados, a Seguradora informará ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), ao Segurado, ao(s) Beneficiário(s) ou aos(s) representante legal de um ou de outro(s) a lista de documentos faltantes e necessários à Regulação do Sinistro.

21.1.4. Uma vez cumprida a obrigação de fornecer à Seguradora todos os documentos e informações previstas nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s), a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre a existência de cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

21.1.5. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar outras informações e/ou documentos complementares, além daqueles elencados como documentação básica prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

21.1.5.1. Neste caso, a contagem do prazo para a manifestação sobre a cobertura será suspensa e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

21.1.5.2. Nos sinistros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a contagem do prazo poderá ser suspensa por apenas 1 (uma) única vez. Para os demais casos, a suspensão poderá ocorrer por no máximo 2 (duas) vezes.

21.1.5.3. A não entrega dos documentos básicos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e/ou complementares solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da Regulação do Sinistro sem pagamento de Indenização. Nessa hipótese, a Regulação do Sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.

21.1.6. A Seguradora poderá exigir atestados, certidões de autoridades competentes ou cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

21.1.7. Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.

21.1.8. Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e Liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.

21.1.9. Encerrada a Regulação do Sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias.

21.1.10. A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.

21.1.11. A Regulação e a Liquidação do Sinistro poderão ser realizadas simultaneamente quando possível.

21.1.12. Na ausência de Médico que tenha assistido o Segurado, será aceito profissional Médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais Médicos em qualquer tempo.

21.1.13. Não será aceito, para fins de Regulação do sinistro, 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.

21.1.14. 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.

21.1.15. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto 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.

21.1.16. Independentemente dos documentos exigidos pela Seguradora nas Condições Especiais de cada cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu exclusivo critério, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento coberto.

21.1.17. 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.

21.1.18. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

21.1.19. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade física do segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

21.1.20. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora e um terceiro, desempatador, nomeado por ambos. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado ou beneficiário e pela seguradora.

21.1.21. 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.

21.1.22. O não comparecimento do segurado ou 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 junta, salvo convenção em contrário.

21.1.23. 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.

21.1.24. Poderá ser solicitado ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), o comprovante do último Prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do Prazo de Tolerância, porém anteriormente à data da ocorrência do Sinistro.

21.1.25. O Segurado autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a efetuar visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e realizar exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu Médico Assistente.

21.2. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.2.1. Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro, a Seguradora pagará o Capital Segurado Individual apurado para a cobertura contratada, deduzida a Franquia estipulada na Apólice, se existente.

21.2.2. Em caso de Sinistro amparado por mais de uma cobertura, será deduzida a Franquia correspondente a cada cobertura individualmente, quando houver.

21.2.3. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) apresentar à Seguradora todos os documentos previstos Nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

21.2.4. Caso a documentação apresentada seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, faça referência a outros fatos ou documentos não disponibilizados, a Seguradora informará ao Segurado ou Beneficiário a lista de documentos faltantes e necessários à Liquidação do Sinistro.

21.2.5. Uma vez cumprida a obrigação de fornecer todos os documentos e informações solicitadas, realizada a regulação e reconhecida a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento do capital segurado individual apurado para a(s) cobertura(s) acionada(s) no prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

21.2.5.1. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o liquidante do Sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares.

21.2.5.1.1. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por 1 (uma) única vez, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

21.2.6. O pagamento do capital segurado individual das coberturas constante nestas condições gerais será realizado sob a forma de parcela única, exceto se houver definição em contrário em contrato.

21.2.7. Se, após o pagamento do capital segurado individual apurado, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito do Segurado ou do Beneficiário ao seu recebimento, esta poderá requerer a devolução dos valores pagos indevidamente e dos demais gastos incorridos em decorrência do Sinistro.

22. PERDA DE DIREITOS

22.1. Além dos casos previstos em lei, na Apólice e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) contratada(s), o Segurado ou Beneficiário(s) perderá(ão) o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro cancelado, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas efetuadas pela Seguradora, se:

22.1.1. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), agravar(em) intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

22.1.1.1. Será relevante o agravamento que resulte no aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco coberto ou da severidade dos efeitos de realização deste risco.

22.1.2. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), dolosamente ou culposamente, deixar de comunicar o relevante agravamento de risco à Seguradora tão logo dele tome conhecimento, fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada.

22.1.2.1. Ciente do agravamento, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, manifestar-se nos termos da regulamentação em vigor.

22.1.3. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), por si ou seu representante legal, deixar de fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação do prêmio conforme questionário que lhe submeta a Seguradora.

22.1.3.1. Se o descumprimento for doloso, perderá a garantia, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio e das despesas efetuadas pela Seguradora.

22.1.3.2. Se o descumprimento for culposo, a Seguradora poderá, diante dos fatos não revelados:

22.1.3.2.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada

22.1.3.2.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado individual:

a) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado acrescido da diferença cabível; ou

b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

22.1.3.2.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

22.1.4. O Estipulante e/ou Subestipulante, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), deixar(em) de comunicar à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou da iminência de seu acontecimento, tão logo tome conhecimento, ou de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.

22.2. Além das hipóteses de perda de direitos acima mencionadas nesta Cláusula, o Segurado e/ou Beneficiário também perderá(ão) o direito a qualquer indenização se o Estipulante e/ou Subestipulante, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is):

22.2.1. Deixar(em) de cumprir qualquer obrigação convencionada na Apólice, nas Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro;

22.2.2. O sinistro decorrer de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal e/ou financeiro de um ou de outro.

22.2.3. Por qualquer meio, procurar(em) obter, mediante tentativa de fraude ou fraude consumada, benefícios indevidos, tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE

23.1. Sem prejuízo de outras obrigações previstas nas condições gerais e demais disposições contratuais, ainda, são obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver):

a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do Grupo Segurável, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;
b) Manter a Seguradora informada a respeito, das alterações na natureza do risco coberto, a redução ou alteração do quadro de empregados, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
c) Fornecer ao segurado ou ao beneficiário, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
d) Pagar os prêmios de seguro à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
e) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
f) 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 pelo segurado;
g) 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;

h) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para o pagamento do Capital Segurado Individual;

i) Comunicar de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

j) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

k) Verificar no momento da inclusão ao seguro, se algum componente do Grupo Segurado pertence ao grupo de Pessoas Politicamente Exposta. Em caso afirmativo, o Estipulante deverá obter e armazenar em seus registros, conforme conceito de PPE indicado na Circular SUSEP nº 612/2020; e

l) Cumprir todas as cláusulas e Condições Contratuais.

23.2. O não pagamento dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro e sujeita o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) às cominações legais. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor referente ao seguro.

23.3. Se o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) deixar de informar à Seguradora sobre as alterações na natureza do risco coberto ou a redução ou alteração do quadro de empregados, acarretará o cancelamento do seguro e sujeita o Estipulante e/ou Subestipulante às cominações legais.

23.4. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) deverá(ão) cumprir as obrigações e os deveres previstos nas Condições Contratuais, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário, bem como assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

23.5. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) representa os segurados e os beneficiários durante a formação e a execução do contrato de seguro e responde perante eles e a Seguradora por seus atos e omissões.

24. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

24.1. O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre o estipulante e/ou subestipulante e a seguradora.

24.2. Qualquer modificação dos termos da apólice em vigor que possa gerar efeitos contrários aos interesses dos segurados e dos beneficiários dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado.

24.3. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante e/ou subestipulante.

25. REGIME FINANCEIRO

25.1. Este seguro está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, ou seja, os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar todas as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período. Portanto, não existe a constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada Segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro. Sendo assim, **não há devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.**

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA

26.1. As peças promocionais e de propaganda referente a divulgação do seguro por parte do corretor de seguros, Estipulante/Subestipulante deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais do seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizadas, por escrito.

26.2. A divulgação do seguro sem a prévia autorização da seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas inclusões e/ou no cancelamento do seguro.

27. PRESCRIÇÃO

27.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

28. FORO

28.1. Fica eleito o Foro da comarca de Domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios/questões judiciais decorrentes do presente contrato.

29. DISPOSIÇÕES GERAIS

29.1. AOS CASOS NÃO PREVISTOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, SERÃO APLICÁVEIS LEIS, REGULAMENTOS E NORMAS RELACIONADOS À MATÉRIA DE SEGUROS NO BRASIL E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.

29.2. O REGISTRO DESTE SEGURO É AUTOMÁTICO E NÃO REPRESENTA APROVAÇÃO OU RECOMENDAÇÃO POR PARTE DA SUSEP.

29.3. 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.

29.4. AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DESTE PRODUTO PROTOCOLADAS PELA SEGURADORA JUNTO À SUSEP PODERÃO SER CONSULTADAS NO ENDEREÇO ELETRÔNICO WWW.SUSEP.GOV.BR, DE ACORDO COM O NÚMERO DE PROCESSO CONSTANTE DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E DA APÓLICE.

29.5. A ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE SEGURO ESTÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio, o pagamento do capital segurado individual apurado ao(s) beneficiário(s), em caso de morte natural ou acidental do segurado, **decorrente exclusivamente de causas naturais e/ou acidente pessoal coberto,** ocorrida durante a vigência do seguro, **observados os riscos expressamente excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.

1.3. Esta Cobertura poderá ser contratada em conjunto ou isoladamente com a Cobertura básica de Morte Acidental – MA, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas básicas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS COMO RISCOS EXCLUÍDOS CONSTANTES NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL CONFORME INDICADO NO ITEM 2.1 DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

3.1. O Capital Segurado Individual corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro pelo seguro vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.

3.2. O pagamento do Capital Segurado Individual desta Cobertura será realizado sob parcela única.

3.3. Caso haja o pagamento do Capital Segurado Individual desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado individual, a data do falecimento do segurado, conforme Certidão de Óbito.

5. CARÊNCIA

5.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, SE APLICADA, SERÁ DE, NO MÁXIMO, 30 (TRINTA) DIAS ININTERRUPTOS, A CONTAR DA DATA DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO SEGURO E ESTARÁ INDICADO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE DO SEGURO.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

7.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

a) Com o pagamento do capital segurado individual relativo a esta cobertura;

b) Com o pagamento de capital segurado individual de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

8.1.1. Para o caso de Morte Natural:

a) Relatório Médico assinado pelo médico assistente contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do segurado;

b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;

c) Se o cônjuge/companheiro(a) for beneficiário do seguro, para os casos de comprovação de união estável: Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada, emitida após o óbito, ou de comprovação da união estável por ocasião do sinistro, tais como:

i. Termo de concessão expedido pelo INSS de Pensão;

ii. Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o companheiro como dependente;

iii. Conta bancária conjunta; ou

iv. Escritura de compra e venda ou contrato realizado pelo cônjuge;

d) "Declaração de Únicos Herdeiros Legais", preenchida e assinada pelo(s) familiar(es) consanguíneo(s), caso o segurado não tenha designado beneficiário(s) na proposta, com duas testemunhas devidamente qualificadas, com reconhecimento de firma, informando quem são os únicos herdeiros legais do segurado;

e) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;

f) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência de cada beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;

g) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;

h) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte devidamente homologado no TRT ou sindicato;

i) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;

j) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;

k) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, contados a partir do mês de ocorrência do sinistro, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de empregados afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;

l) Cópia do Contrato Social, Ata de Assembleia, Ata de Eleição ou Estatuto Social do Estipulante ou Subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;

m) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
n) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s).

8.1.2. Para os casos de morte por Acidente pessoal coberto, além dos documentos indicados no subitem acima, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
a) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
b) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
c) Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho, se cabível;
d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, quando for acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
e) Cópias dos Laudos de alcoolemia e 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 no veículo envolvido em acidente), se cabível; e
f) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente, se cabível.

8.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio, o pagamento do capital segurado individual apurado ao(s) beneficiário(s), em caso de morte do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto,** ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.

1.3. Esta Cobertura poderá ser contratada em conjunto ou isoladamente com a Cobertura básica de Morte – M, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas básicas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS COMO RISCOS EXCLUÍDOS CONSTANTE NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL CONFORME INDICADO NO ITEM 2.1 DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

3.1. O capital segurado individual apurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto pelo seguro e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

3.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.

3.3. Os Capitais Segurados das Coberturas básicas de Morte – M e de Morte Acidental – MA, quando contratadas em conjunto, se acumulam na ocorrência de Acidente Pessoal coberto.

3.4. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado individual, a data do acidente pessoal coberto que resultou na morte do segurado.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) **Com o pagamento do capital segurado individual relativo a esta cobertura;**
b) **Com o pagamento de capital segurado individual de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.**

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

a) Relatório Médico assinado pelo médico assistente contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do segurado;
b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
c) Se o cônjuge/companheiro(a) for beneficiário do seguro, para os casos de comprovação de união estável: Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada, emitida após o óbito, ou de comprovação da união estável por ocasião do sinistro, tais como:
i. Termo de concessão expedido pelo INSS de Pensão;
ii. Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o companheiro como dependente;
iii. Conta bancária conjunta; ou
iv. Escritura de compra e venda ou contrato realizado pelo cônjuge;
d) "Declaração de Únicos Herdeiros Legais", preenchida e assinada pelo(s) familiar(es) consanguíneo(s), caso o segurado não tenha designado beneficiário(s) na proposta, com duas testemunhas devidamente qualificadas, com reconhecimento de firma, informando quem são os únicos herdeiros legais do segurado;
e) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
f) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência de cada beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
g) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
h) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte devidamente homologado no TRT ou sindicato;
i) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
j) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
k) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, contados a partir do mês de ocorrência do sinistro, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de empregados afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
l) Cópia do Contrato Social, Ata de Assembleia, Ata de Eleição ou Estatuto Social do Estipulante ou Subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
m) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
n) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s).
o) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
p) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
q) Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho, se cabível;
r) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, quando for acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
s) Cópias dos Laudos de alcoolemia e 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 no veículo envolvido em acidente), se cabível; e
t) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente, se cabível.

7.1. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA ADICIONAL DE DECESSOS – DE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o reembolso das despesas com o funeral ou a prestação de serviços, em caso de falecimento do segurado, de acordo com o plano contratado, em caso de falecimento do segurado principal, se contratado plano Individual, ou de seu cônjuge/companheiro(a) e filhos, se contratado o plano Casal ou Familiar, decorrente de causas naturais ou acidentais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observado os riscos excluídos e as demais condições contratuais.**

1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, também se aplicam a esta cobertura específica as seguintes definições:

2.1.1. Endereço de Domicílio: seu endereço de moradia habitual no Brasil.

2.1.2. Moradia Habitual: lugar em que a pessoa tem sua habitação ordinária ou em que mantém sua residência habitual no Brasil.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. A presente cobertura garante o reembolso dos gastos funerários ou a prestação de serviço, **limitado ao valor do capital segurado individual apurado,** no caso de falecimento, por causas naturais ou acidente pessoal coberto, do segurado principal ou de seus dependentes **de acordo com o plano contratado** e conforme as modalidades apresentadas nesta cláusula, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

3.2. Os planos oferecidos no seguro são os seguintes:

a) Individual: Fica coberto somente o segurado principal;
b) Casal: Ficam cobertos o segurado principal e seu cônjuge/companheiro(a) de acordo com a legislação em vigor;
c) Familiar: Ficam cobertos o segurado principal, seu cônjuge/companheiro(a) e/ou filho(s) considerados dependentes, de acordo com a legislação em vigor.

3.2.1. O **plano casal** fica condicionada à contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge – IAC.

3.2.2. O **plano familiar** fica condicionada à contratação das coberturas suplementares de Inclusão Automática de Cônjuge – IAC e Inclusão Automática de Filhos – IAF.

3.2.3. No plano familiar, esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

3.3. O beneficiário poderá optar pela prestação do serviço em substituição ao reembolso por meio de rede credenciada à seguradora, respeitado os limites e critérios estabelecidos na apólice.

3.4. Na ocorrência do óbito, caso seja optado pela prestação de serviços, a família deverá entrar em contato com a Central de Atendimento aos clientes da seguradora. A Assistência 24 horas contratará a funerária mais próxima do local onde ocorreu o óbito para que sejam tomadas as devidas providências para a prestação do serviço funeral.

3.5. Caso o beneficiário opte pelo reembolso:

a) Será garantida a livre escolha do prestador de serviço;
b) Será vedada a utilização de quaisquer serviços da rede especializada de prestadores de serviços credenciada;
c) O reembolso das despesas com funeral suportadas será efetuado até o limite do capital segurado individual apurado, observados os valores efetivamente gastos, mediante comprovação por notas ficais originais ou cópia autenticada, sem rasuras.

3.6. Caso o beneficiário opte pela prestação de serviço:

a) **Não caberá qualquer tipo de reembolso;**
b) Quando optado pela prestação de serviço, o funeral será realizado por empresa terceirizada;
c) **Valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado individual apurado;**
d) **Deverá ser utilizada a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, por meio da Central de Atendimento da seguradora. A seguradora enviará um representante que:**

d.1) Em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:

i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
ii. Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando a respeito das providências tomadas.

d.2) Em caso de falecimento no município de moradia habitual do segurado no Brasil com sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:

i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município. Neste caso, as despesas com traslado e documentação serão de responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município;
ii. Irá à funerária do município onde será feito o sepultamento e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando a respeito das providências tomadas.

d.3) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:

i. Tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual do segurado, onde será prestado também o serviço de sepultamento, limitado ao valor do capital segurado.

d.4) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:

i. Preparará toda a documentação necessária para o traslado do corpo e para o sepultamento em outro município providenciado pela família, que arcará com a diferença de valores, considerando como limite os que a seguradora despenderia para o traslado para a moradia habitual do segurado no Brasil.

Em caso de morte violenta (entende-se por "morte violenta", aquela que não é motivada por doença, mas àquelas causadas em decorrência de desastre, suicídio ou homicídio, dentre outras causas consideradas violentas), a família deverá acompanhar o representante da seguradora ao Instituto Médico Legal – IML para liberação do corpo.

Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, a seguradora ficará obrigada ao reembolso da cobertura, limitado ao capital segurado individual apurado e aos valores efetivamente gastos.

3.7. Entende-se por "despesas com funeral" a cobertura das despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), de acordo com o limite de despesas previamente acordado e conforme os itens abaixo relacionados:

a) Urna/caixão;
b) Carro para enterro (no município de moradia habitual);
c) Carreto/caixão (no município de moradia habitual);
d) Serviço assistencial;
e) Registro de óbito;
f) Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela prefeitura do município de moradia habitual);
g) Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
h) Taxa de aluguel de jazigo pelo período de 3 (três) anos e 1 (um) mês, contados da data do sepultamento (onde existir este serviço no município de moradia habitual, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela prefeitura do município);
i) Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
j) Repatriamento (até o município de moradia habitual);
k) Paramentos (essa);
l) Mesa de condolências;
m) Velas;
n) Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela prefeitura do município de moradia habitual);
o) Véu; e
p) Um enfeite e uma coroa.

3.8. Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá à seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.

3.9. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL, SENDO ESSES DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**

3.10. Cremação: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade para o município de moradia habitual no Brasil para realização da cremação, **desde que o município de moradia habitual do segurado possua este serviço.**

3.10.1. Nas localidades onde o serviço de cremação não exista, a indenização será em forma de reembolso.

3.11. Sepultamento: Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.

3.12. Traslado: Traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

a) O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizado até o limite do capital segurado contratado. Caso o beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o traslado será realizado até o município desejado, **desde que não ultrapasse a distância entre o município onde ocorreu o óbito e o município de moradia habitual do segurado.**

b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora desse limite, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas.** A partir da chegada do corpo nesse município, a prestadora de serviço assumirá os serviços garantidos pelo plano.

c) A seguradora ficará isenta da responsabilidade de prestar o serviço, caso haja recusa da família em efetuar o pagamento do(s) valor(es) excedente(s).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA:

A) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA, QUANDO ACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO;
B) CREMAÇÃO PARA OS SEGURADOS QUE TENHAM MORADIA HABITUAL EM MUNICÍPIOS QUE NÃO DISPONHAM DESSE SERVIÇO;
C) SEPULTAMENTO DE MEMBROS;
D) DESPESAS NÃO PREVISTAS NESSAS CONDIÇÕES E/OU SUPERIORES AOS LIMITES PREVIAMENTE ACORDADOS;
E) DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGOS, TERRENOS E CARNEIROS.

5. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

5.1. O capital segurado individual 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.

5.2. Em qualquer hipótese, o capital segurado individual do dependente, para o plano familiar, será estabelecido nas condições contratuais e limitado a 100% (cem por cento) do que couber ao segurado principal.

5.3. Para o(s) filho(s) menor(es) de 14 (quatorze) anos a cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, limitado ao capital segurado contratado.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado individual, a data da morte do segurado, do segurado principal ou do segurado dependente indicada na certidão de óbito.

7. CARÊNCIA

7.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, SE APLICADA, SERÁ DE, NO MÁXIMO, 30 (TRINTA) DIAS ININTERRUPTOS, A CONTAR DA DATA DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO SEGURO E ESTARÁ INDICADO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE DO SEGURO.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

8.1. O âmbito territorial para os serviços de **assistência de sepultamento** é o território nacional.

8.2. O âmbito territorial para os serviços de **assistência de traslado** é o globo terrestre até o município de moradia habitual no Brasil.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO E TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento do capital segurado individual relativo ao funeral do segurado principal, referente a esta condição especial, extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro;

b) Com o pagamento de capital segurado individual de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

9.1.1. No caso de contratação de plano casal ou familiar, o cônjuge/companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização desta cobertura no caso separação judicial ou fim da união estável com o segurado principal.

9.1.2. No caso de contratação de plano familiar, o(s) filho(s) que perder esta condição de acordo com a definição desta cobertura, automaticamente será excluído e perderá o direito de utilização desta cobertura.

10. BENEFICIÁRIO

10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas por esta cobertura, mediante apresentação das notas fiscais/eletrônicas/recibos originais ou digitalizados legíveis e sem rasuras, nos casos de solicitação de reembolso.

10.2. No caso de acionamento da prestação de serviços, o pagamento será realizado diretamente ao prestador de serviços responsável pelo atendimento ao segurado, limitado ao capital segurado contratado.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. O beneficiário ou representante da família do segurado deverá comunicar imediatamente o sinistro à seguradora.

11.2. Se o(s) beneficiário(s) optar(em) pelo **reembolso das despesas** com o funeral, para a análise e regulação de sinistro deverão ser apresentados, **para o caso de Morte Natural,** os respectivos documentos a seguir relacionados:

a) Relatório Médico assinado pelo médico assistente contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte;
b) Cópia da Certidão de Óbito;
c) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do segurado;
d) Notas fiscais/eletrônicas/recibos originais ou digitalizados legíveis e sem rasuras das despesas com o funeral;
e) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral;
f) Quando contratado plano casal ou familiar, para de comprovação de o cônjuge/companheiro(a), união estável: Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada, emitida após o óbito, ou de comprovação da união estável por ocasião do sinistro, tais como:
   i. Termo de concessão expedido pelo INSS de pensão;
   ii. Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o companheiro como dependente;
   iii. Conta bancária conjunta; ou
   iv. Escritura de compra e venda ou contrato realizado pelo cônjuge;
g) Cópia da Certidão de Nascimento, em caso de sinistro dos filhos, quando contratado plano familiar;
h) Documento que comprove a condição de dependente, de acordo com as definições da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES desta condição especial;
i) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do cônjuge/companheiro(a), filhos ou pais do segurado, conforme o caso do sinistro, quando contratado plano casal ou familiar;
j) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
k) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
l) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
m) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte devidamente homologado no TRT ou sindicato;
n) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do Estipulante ou Subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
o) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
p) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los onde o segurado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
q) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral.

11.2.1. Para os casos de morte por Acidente pessoal coberto, além dos documentos indicados no item acima, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

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

11.3. Se optarem pela **prestação do serviço** com o funeral, deverão ser apresentados os respectivos documentos a seguir relacionados:

a) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
b) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do segurado principal;
c) Em caso de falecimento do cônjuge/companheiro(a), além dos documentos indicados no item anterior: Cópia da Certidão de Óbito do cônjuge ou companheiro, Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência, Cópia da Certidão de Casamento, se cônjuge ou declaração de união estável, se companheiro(a) e do comprovante de residência do cônjuge/companheiro(a);
d) Em caso de falecimento do cônjuge/companheiro(a), ou filho(s), além dos documentos indicados no item anterior:
   - ✓ Em caso de falecimento do cônjuge/companheiro:
     - Cópia da Certidão de Óbito;
     - Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência;
     - Cópia da Certidão de Casamento, se cônjuge ou declaração de união estável, se companheiro(a);
   - ✓ Em caso de falecimento do Filho:
     - Cópia da Certidão de Óbito;
     - Cópia da Certidão de Óbito do filho, Cópia do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF, se houver, ou, na ausência destes documentos, Cópia da Certidão de Nascimento;
     - Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do segurado principal.

11.4. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicadas na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o reembolso dos gastos com a aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, de acordo com o plano e respeitando o limite do capital segurado individual apurado, em caso de falecimento do segurado principal, se contratado plano individual, ou de seu cônjuge/companheiro(a) e filho(s), se contratado o plano casal ou familiar, decorrente de causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. A presente garante o reembolso dos gastos com a aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, limitado ao valor de capital segurado individual, no caso de falecimento, por causas naturais ou acidentais, do segurado principal ou de seus dependentes de acordo com o plano contratado e conforme as modalidades apresentadas nesta cláusula, ocorrido durante o período de vigência do seguro.

2.2. Os planos oferecidos no seguro são os seguintes:

a) Individual: Fica coberto somente o segurado principal;

b) Casal: Ficam cobertos o segurado principal e seu cônjuge/companheiro(a), de acordo com a legislação em vigor;

c) Familiar: Ficam cobertos o segurado principal, seu cônjuge/companheiro(a) e/ou filho(s), de acordo com a legislação em vigor.

2.3. O reembolso será realizado uma única vez no seguro, ou seja, após ter sido paga a primeira verba para aquisição do jazigo ao beneficiário, a cobertura estará automaticamente excluída do seguro.

2.4. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Decessos – DE.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADOS A DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA QUE NÃO ESTEJAM RELACIONADAS DIRETAMENTE COM A AQUISIÇÃO DE JAZIGO OU NÃO PREVISTAS NESTA COBERTURA, OU SUPERIORES AO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO.

4. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

4.1. O capital segurado individual corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do evento coberto, sendo equivalente a **200% (duzentos por cento)** do capital segurado individual apurado para a cobertura adicional de Decessos na data do evento, **respeitando o limite estabelecido na apólice.**

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado individual, a data do falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

6. CARÊNCIA

6.1. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, SE APLICADA, SERÁ DE, NO MÁXIMO, 30 (TRINTA) DIAS ININTERRUPTOS, A CONTAR DA DATA DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO SEGURO E ESTARÁ INDICADO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE DO SEGURO.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange aquisição de jazigos, terrenos e carneiros dentro do território brasileiro.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento do capital segurado individual relativo a esta cobertura;

b) Com o pagamento de Capital Segurado Individual de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

8.2. No caso de contratação de plano casal ou familiar, o cônjuge/companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização desta cobertura no caso separação judicial ou dissolução da união estável com o segurado principal. No caso de filhos, a perda de uma das condições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais também extinguirá a referida cobertura.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas por esta cobertura, mediante apresentação das notas fiscais originais.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado individual apurado na data do evento.

10.2. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, deverão ser apresentados os respectivos documentos a seguir relacionados:

10.2.1. Para o caso de Morte Natural:

a) Relatório Médico assinado pelo médico assistente contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do segurado;
b) Cópia da Certidão de Óbito;
c) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do segurado;
d) Notas fiscais/eletrônicas/recibos das despesas originais ou digitalizados legíveis e sem rasuras com a aquisição de jazigos, terrenos ou carneiros;

e) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com a aquisição de jazigo, terreno ou carneiro;
f) Quando contratado plano casal ou familiar, para de comprovação de o cônjuge/companheiro(a), união estável: Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada, emitida após o óbito, ou de comprovação da união estável por ocasião do sinistro, tais como:
   i. Termo de concessão expedido pelo INSS de pensão;
   ii. Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o companheiro como dependente;
   iii. Conta bancária conjunta; ou
   iv. Escritura de compra e venda ou contrato realizado pelo cônjuge;
g) Cópia da Certidão de Nascimento, em caso de sinistro dos filhos, quando contratado plano familiar;
h) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do cônjuge/companheiro(a) ou filhos do segurado, conforme o caso do sinistro, quando contratado plano familiar;
i) Documento que comprove a condição de dependente, de acordo com as definições da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais;
j) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
k) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
l) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
m) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
n) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
o) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
p) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro preenchido e assinado beneficiário ou seu representante legal.

10.2.2. Para os casos de morte por Acidente pessoal coberto, além dos documentos indicados no subitem acima, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
a) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
b) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
c) Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho, se cabível;
d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo, se cabível;
e) Cópias dos Laudos de alcoolemia e 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 no veículo envolvido em acidente), se cabível; e
f) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se cabível.

10.3. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicadas na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAR CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento de uma indenização ao próprio segurado, de até 100% (cem por cento) do capital segurado individual apurado 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 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, também se aplicam a esta cobertura específica as seguintes definições:

2.1.1. Dano Estético: subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, mas sem a ocorrência de Sequelas que interfiram no funcionamento do organismo.

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

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

3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL OU TOTAL POR ACIDENTE

3.1. 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 Cálculo de Percentuais de capital segurado a ser pago em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista na Cláusula 11 – TABELA PARA O CÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO A SER PAGO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL OU TOTAL POR ACIDENTE desta condição especial, 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 3.9 desta cláusula.

3.2. 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 Cálculo de Percentuais de Capital Segurado em caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, cujo resultado será aplicado sobre o Capital Segurado Individual calculado na data do acidente.

3.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial é calculado 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).

3.4. 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.

3.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado individual. Da mesma forma, havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para sua perda total.

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

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

3.8. 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.

3.9. 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.

3.10. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA E/OU RELACIONADOS A:

A) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
B) PERDA DE DENTES, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
C) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;
D) OS ERROS MÉDICOS;
E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;
F) QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO E/OU QUANDO O ACIDENTE TIVER OCORRIDO EM DATAS ANTERIORES À DATA DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO;

G) TODO E QUALQUER DANO E/OU SEQUELA CAUSADOS PELA DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC.

5. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

5.1. O capital segurado individual apurado 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.

5.2. Os capitais segurados individuais da cobertura básica de Morte – M 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, deduzido o valor já pago pela IPA.

5.3. Os capitais segurados individuais 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.

5.4. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.

5.5. Caso haja o pagamento integral do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado individual, a data da ocorrência do acidente pessoal coberto.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. 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, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

7.2. Não haverá reintegração do capital segurado relativo à esta cobertura para os casos de Invalidez Permanente Total por acidente.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual relativo a esta Cobertura;

b) Com o pagamento de Capital Segurado Individual de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Formulário "Aviso de Sinistro Acidentes Pessoais", com informações gerais, todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
b) Relatório médico contendo diagnóstico, tratamento aplicado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
c) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
d) No caso se segurado assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT, se houver;
f) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local (se houver);
g) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH do segurado, em caso de acidente de trânsito e se o segurado era condutor do veículo;
h) Exames médicos e radiografias, se houver;
i) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
j) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente homologado no TRT ou sindicato (se aplicável);
k) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
l) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
m) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
n) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
o) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de empregados afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
p) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou por seu representante legal.

10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

11. TABELA PARA O CÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO A SER PAGO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL OU TOTAL POR ACIDENTE

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

Invalidez Permanente por Acidente	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 ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável	
	Nefrectomia bilateral	
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 vertebral	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 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: capital segurado a ser pago equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo	
Parcial (Membros Inferiores)	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	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
	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, capital segurado a ser pago equivalente a ½ (metade) e, dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	Sem indenização
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
Diversas	**MANDÍBULA**	
	Maxilar Inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau 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	07
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fistulas	25
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	07
	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio bilateral	07
	Ectrópio bilateral	06
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ectrópio unilateral	03
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Aparelho de Fonação	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	08
	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	30
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Com função preservada	
	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
	Recepção 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
	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia Total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	Ressecção parcial	20
DIVERSAS	**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
	Síndrome pós-concussional	05
	HÉRNIAS	
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia de Disco Lombar e Torácica	25
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia Inguinal ou Inguino-Escrotal	10
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
	Hérnia Umbilical	10
	Hérnia Epigástrica	10

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento do Capital Segurado Individual apurado ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido, pela perda ou impotência funcional definitiva e total de membro ou órgão **em decorrência de lesão física causada exclusivamente por acidente pessoal coberto,** conforme especificado no item 3.8 da Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial e na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, ocorrido durante a Vigência do Seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, também se aplicam a esta Cobertura específica as seguintes definições:

2.1.1. Dano Estético: subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, mas sem a ocorrência de Sequelas que interfiram no funcionamento do organismo.

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

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1. 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, constante no item 3.8 abaixo, a ser pago em virtude de lesão física causada, exclusivamente, em 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 abaixo.

3.2. No caso de Invalidez Permanente Total 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 Total quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado ou ao(s) beneficiário(s), de uma só vez, uma indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado individual 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 3.8 abaixo.

3.3. QUANDO DE UM MESMO ACIDENTE pessoal coberto RESULTAR INVALIDEZ DE MAIS DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado individual apurado. Da mesma forma, HAVENDO 2 (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.

3.4. A perda de dentes e os Danos Estéticos não dão direito à Indenização por invalidez permanente total por Acidente Pessoal coberto prevista para a presente Cobertura.

3.5. 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.

3.6. Os capitais segurados da cobertura básica de Morte – M e da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não se acumulam. Se depois de pagar uma indenização por IPTA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte, deduzido o valor já pago pela IPTA.

3.7. Os capitais segurados da cobertura básica de Morte Acidental – MA e da cobertura adicional de 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.

3.8. 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 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

3.9. A indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado individual para esta cobertura, mesmo que do mesmo acidente pessoal coberto tenha resultado mais de uma situação prevista na tabela acima.

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUIDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS E DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL CONFORME INDICADO NA ALÍNEA "B" DO ITEM 2.1 DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO **DAS CONDIÇÕES**

GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA E/OU RELACIONADOS A:

A) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
B) PERDA DE DENTES, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
C) OS ERROS MÉDICOS;
D) PROBLEMAS AUDITIVOS;
E) QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA PERMANENTE TOTAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO E/OU QUANDO O ACIDENTE TIVER OCORRIDO EM DATAS ANTERIORES À DATA DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO;
F) TRATAMENTO DE EXAME CLÍNICO, CIRÚRGICO OU MEDICAMENTOSO NÃO EXIGIDO DIRETAMENTE PELO ACIDENTE;
G) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;
H) PERTURBAÇÕES MENTAIS, NERVOSAS E EMOCIONAIS;
I) VIAGENS EM AERONAVES OU EMBARCAÇÕES:
  I. QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO EM VIGOR DAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO;
  II. DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS; OU
  III. QUE, SENDO OFICIAIS MILITARES, NÃO ESTEJAM PRESTANDO SERVIÇO MILITAR;
J) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO DE GASES E VAPORES; E
K) TODO E QUALQUER DANO E/OU SEQUELA CAUSADOS PELA DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC.

4.2. NÃO HAVERÁ INDENIZAÇÃO NOS CASOS DE PERDA PARCIAL OU REDUÇÃO DE FUNÇÕES DE MEMBROS E/OU ÓRGÃOS, SEM QUE HAJA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE PESSOAL, NOS TERMOS DESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

4.3. A INVALIDEZ DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE PESSOAL NÃO DÁ DIREITO À INDENIZAÇÃO TOTAL. PARA EFEITO DE INDENIZAÇÃO, A PERDA OU MAIOR REDUÇÃO FUNCIONAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE PESSOAL DEVE SER DEDUZIDA DO GRAU DE INVALIDEZ DEFINITIVA.

5. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

5.1. O capital segurado individual corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro previsto na Apólice, vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

5.2. O pagamento do Capital Segurado Individual desta Cobertura será realizado sob parcela única.

5.3. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Para esta Cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado Individual, a data do acidente pessoal coberto.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

a) Com o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual relativo a esta Cobertura;

b) Com o pagamento de Capital Segurado Individual de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Relatório médico contendo diagnóstico, tratamento aplicado, 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);

c) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do Segurado;

d) No caso de Segurado assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;

e) Cópia do BO – Boletim de Ocorrência Policial e/ou CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho, se houver;

f) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver;

g) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente de trânsito e se o segurado era condutor do veículo;

h) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;

i) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente homologado no TRT ou sindicato (se aplicável);

j) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;

k) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;

l) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do Estipulante ou Subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;

m) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;

n) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o Segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;

o) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado ou por seu representante legal.

9.2. Não haverá Indenização nos casos de perda parcial ou redução de funções de membros e/ou órgãos, sem que haja caracterização de invalidez permanente e total por Acidente Pessoal, nos termos desta Condição Especial.

9.3. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à Indenização total. Para efeito de Indenização, a perda ou maior Redução Funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

9.4. As demais regras para análise e regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) a antecipação do pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual apurado para a Cobertura básica de Morte – M, caso seja caracterizada a invalidez funcional permanente e total consequente de doença, que cause a perda da independência do Segurado, sob critérios devidamente especificados na Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial, ocorrida durante a Vigência do Seguro, **observados os riscos excluídos o prazo de Carência e as demais disposições contratuais.**

1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, são aplicáveis à presente Cobertura, as seguintes definições:

2.1.1. Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

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

2.1.4. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

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

2.1.6. Ato Médico: procedimento técnico–profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução especifica do Conselho Federal de Medicina.

2.1.7. Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração considerada grave, e que atenda os seguintes critérios de forma conjunta:
- Classe funcional III ou IV segundo a NYHA (New York Heart Association);
- Fração de ejeção mensurada no ecodopplercardiograma inferior a 0,35% (trinta e cinco centésimos por cento) e;
- Que estejam otimizados todos os recursos terapêuticos aplicados à cardiopatia por um ano consecutivo e ininterrupto sem levar à melhora da condição clínica do Segurado.

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

2.1.9. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.1.10. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.1.11. Dados Antropométricos: peso e a altura do segurado.

2.1.12. Deficiência Visual: perda total ou parcial, congênita ou adquirida, da visão segundo os critérios da Sociedade Brasileira de Oftalmologia. Não são deficientes visuais pessoas com doenças como miopia, astigmatismo ou hipermetropia.

2.1.13. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra **agentes** causadores de doença.

2.1.14. Doenças Crônicas: doenças com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

2.1.15. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantêm ativa apesar do tratamento.

2.1.16. Doenças Crônicas de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.1.17. Doença em Estágio Terminal: estágio da doença sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo Médico Assistente. A prova consistirá em atestado emitido por Médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do Segurado, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

2.1.18. Doenças Neoplásicas Malignas Ativa: crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.

2.1.19. Doenças Profissionais: aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

2.1.20. Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

2.1.21. Etiologia: estudo das causas de cada doença.

2.1.22. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.1.23. Hígido: saudável.

2.1.24. Impotência Funcional: é a alteração da função orgânica ou de partes do organismo, que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.

2.1.25. Perda da Existência Independente do Segurado: ocorrência de Quadro Clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das suas relações autonômicas.

2.1.26. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e término de uma doença.

2.1.27. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.1.28. Recidiva: reaparecimento de uma doença.

2.1.29. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.

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

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

2.1.32. Sequela: perda funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.1.33. Transferência Corporal: capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro andando.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Considera-se "risco coberto" a ocorrência, comprovada segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e aplicadas pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do segurado provenientes exclusivamente de:

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave", de acordo com a definição constante na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO, desta Condição Especial;
b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição) **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de 2 (dois) membros, em grau máximo;
f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
g) Deficiência visual, **decorrente das doenças listadas abaixo:**
   - Cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
   - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 (zero vírgula três) e 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
   - Casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º (sessenta graus); ou
   - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

h) Doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e
i) Estados mórbidos, **decorrentes de doença, a seguir relacionados:**
   • Perda completa e definitiva da totalidade das funções de 2 (dois) membros;
   • Perda completa e definitiva da totalidade das funções das 2 (duas) mãos ou de 2 (dois) pés; ou
   • Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2. Demais Riscos Cobertos:
a) Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – Anexo I, e atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis;
b) O IAIF é composto por 2 (dois) documentos: o primeiro documento é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos que avalia, por meio de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos);
c) O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas;
d) Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas;
e) Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente, avaliados e pontuados;
f) O segundo documento é a Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade que valoriza cada uma das situações ali previstas; e
g) Os itens da tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

3.3. O Quadro Clínico incapacitante da perda da independência do Segurado deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos médicos devidamente especificados nas Condições Gerais e na cláusula de liquidação de Sinistros desta Condição Especial.

3.4. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta Cobertura, os Segurados portadores de Doença em Estágio Terminal atestada por Médico legalmente habilitado.

3.5. Esta Cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura básica de Morte – M.

3.6. Esta Cobertura adicional não poderá ser contratada de forma isolada e nem em conjunto com a Cobertura adicional de Antecipação de Capital Segurado – Fase Terminal – AA.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADA NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1 E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, AINDA QUE REDUNDANDO EM QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE INVIABILIZE DE FORMA IRREVERSÍVEL O PLENO EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES AUTONÔMICAS DO SEGURADO, COM PERDA DA SUA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADA A:
A) PERDA, REDUÇÃO OU IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E/OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DIRETA E/OU INDIRETA DE LESÃO FÍSICA E/OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;

B) OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR A ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL; E

C) DOENÇAS CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO.

5. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

5.1. A Indenização corresponde à 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual apurado para a Cobertura básica de Morte – M como antecipação a esta, devido na ocorrência do Sinistro coberto pela Apólice vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.

5.2. Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado Individual será realizado sob a forma de parcela única.

5.3. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Para esta Cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado Individual, a data da caracterização da Invalidez Funcional e Permanente Total por Doença, indicada no Relatório Médico de que trata a Cláusula 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, desta Condição Especial.

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

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

a) Por ser a presente Cobertura uma antecipação da Cobertura básica de Morte, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a Cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro para o Segurado. Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado Individual serão devolvidos com atualização monetária;

b) Com o pagamento do Capital Segurado Individual relativo a esta Cobertura;

c) Com o pagamento do Capital Segurado Individual de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para a análise e regulação de Sinistro relacionado à presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) No caso de Segurado assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
b) Relatório do médico-assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado;
c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no Relatório Médico;
d) Exames e relatórios médicos que confirmem a ocorrência de Evento Coberto;
e) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do Segurado;
f) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
g) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente homologado no TRT ou sindicato, se houver;
h) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
i) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
j) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do Estipulante ou Subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
k) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
l) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o Segurado sinistrado deverá constar declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
m) No caso de Capital Segurado escalonado por tipo de Categoria Profissional, será solicitado o Estipulante ou Subestipulante documentos que comprovem o tipo de vínculo, bem como o Cargo/Função dos Segurados, para comprovação do número de Vidas no momento do sinistro;
n) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal.

9.2. Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, 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.

9.3. Na ausência de Médico que tenha assistido o Segurado, será aceito profissional Médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais Médicos em qualquer tempo.

9.4. Se durante a regulação do sinistro não for comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como a Cobertura básica de Morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

9.5. As demais regras para análise e regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicadas na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

10. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

10.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante de que trata essa Cobertura, devendo ser comprovada por Relatório Médico.

10.2. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

11. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

11.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

ANEXO I À COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	**1º Grau:** O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?	00
	2º Grau: O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo?	10
	3º Grau: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental?	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	**1º Grau:** O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais?	00
	2º Grau: O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição?	10
	3º Grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, encontrando-se em estágio que demande suporte médico mantido (controlado) que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de assistência e/ou auxílio técnico?	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	**1º Grau:** O segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a auto-suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?	00
	2º Grau: O segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres)?	10
	3º Grau: O segurado necessita de assistência mantida para as atividades diárias de higiene e asseio pessoal, assim como para aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS EM CASO DE MORTE – VRM

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura se contratada **pelo estipulante,** tem como objetivo garantir o reembolso ao beneficiário de valores referente as despesas líquidas com o pagamento de verbas rescisórias cobertas, em caso de falecimento do segurado até o limite do capital segurado individual apurado, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. ESTÃO COBERTAS EXCLUSIVAMENTE AS SEGUINTES VERBAS:

a) Para Empregados com vínculo CLT: as verbas rescisórias, tais como: 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, limitado ao valor máximo desta cobertura contratada;

b) Para os demais Colaboradores, inclusive Diretores, Sócios e Administradores: poderão ser reembolsadas as verbas descritas no Contrato de Trabalho celebrado com a empresa (Estipulante), tais como: Pró-labores, saldo de férias, bônus, honorários ou outras verbas, desde que devidamente comprovadas no Contrato de Trabalho, limitado ao valor máximo desta cobertura contratada.

1.3. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas condições gerais.

1.4. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte – M e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura para a cobertura de Morte – M.

1.5. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Verbas Rescisórias em caso de Morte Acidental – VRMA.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E 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 E VALORES QUE NÃO ESTEJAM PREVISTOS EXPRESSAMENTE NO CONTRATO DE TRABALHO DO SEGURADO.

3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

3.1. O capital segurado individual 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.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado individual, a data do falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento do capital segurado individual relativo a esta cobertura;

b) Com o pagamento de capital segurado individual de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

7. BENEFICIÁRIO

7.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o estipulante ou o subestipulante da apólice, a que o segurado estiver vinculado mediante apresentação de recibos comprobatórios.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

8.1.1. Para o caso de Morte Natural:

a) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
c) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
d) Para os colaboradores com vínculo CLT: cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte devidamente homologado no TRT ou sindicato com a discriminação das verbas rescisórias;
e) Para os demais colaboradores: cópia do Contrato de Trabalho e também cópia do Termo de Rescisão ou Distrato do Contrato de Trabalho com a discriminação das verbas devidas e comprovadas pagas pela empresa;
f) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
g) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário e/ou pró-labore e/ou honorários;
h) Cartão do CNJP da Empresa/Contrato Social;
i) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
j) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
k) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
l) Formulário de Registro de Informações Cadastrais (Pessoa Jurídica) e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo representante legal do beneficiário.

8.1.2. Para o caso de Morte Acidental: além dos documentos descritos no subitem acima, no caso de morte acidental devem ser apresentados também os seguintes documentos:

a) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
b) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT, se houver;
c) Laudo de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituo Médico Legal – IML (caso o segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente);
d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
e) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver.

8.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicadas na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS POR MORTE ACIDENTAL – VRMA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura poderá ser contratada **exclusivamente pelo estipulante,** com o objetivo de garantir ao beneficiário o reembolso ao beneficiário de valores referentes as despesas líquidas com o pagamento de verbas rescisórias cobertas, em caso de falecimento do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto,** especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, até o limite do capital segurado individual apurado, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. ESTÃO COBERTAS EXCLUSIVAMENTE AS SEGUINTES VERBAS:

a) Para Empregados com vínculo CLT: as verbas rescisórias, tais como: 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, limitado ao valor máximo desta cobertura contratada;

b) Para os demais Colaboradores, inclusive Diretores, Sócios e Administradores: poderão ser reembolsadas as verbas descritas no Contrato de Trabalho celebrado com a empresa (Estipulante), tais como: Pró-labores, saldo de férias, bônus, honorários ou outras verbas, desde que devidamente comprovadas no Contrato de Trabalho, limitado ao valor máximo desta cobertura contratada.

1.3. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas condições gerais.

1.4. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte Acidental – MA e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura para a cobertura de Morte Acidental – MA.

1.5. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Verbas Rescisórias em caso de Morte – VRM.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS OS EVENTOS 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 E VALORES QUE NÃO ESTEJAM PREVISTOS EXPRESSAMENTE NO CONTRATO DE TRABALHO DO SEGURADO.

3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

3.1. O capital segurado individual apurado 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.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado individual, a data do acidente pessoal coberto.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento do capital segurado individual relativo a esta cobertura;

b) Com o pagamento de capital segurado individual de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

7. BENEFICIÁRIO

7.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o estipulante ou o subestipulante da apólice, a que o segurado estiver vinculado mediante apresentação de recibos comprobatórios.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;

b) Formulário de "Autorização de Pagamento de Sinistro – Crédito em conta – Registro de Informações Cadastrais – Pessoa Jurídica", preenchido e assinado pelos representantes legais do beneficiário;

c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, se houver;

d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH do segurado, se for acidente de trânsito (e quando o segurado for o motorista);

e) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;

f) Laudo de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituo Médico legal – IML (caso o segurado tenha sido condutor no veículo envolvido no acidente);

g) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver;

h) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;

i) Para os colaboradores com vínculo CLT: cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte devidamente homologado no TRT ou sindicato com a discriminação das verbas rescisórias;

j) Para os demais colaboradores: cópia do Contrato de Trabalho e também de cópia do Termo de Rescisão ou Distrato do Contrato de Trabalho com a discriminação das verbas devidas e comprovadas pagas pela empresa;

k) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;

l) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário e/ou pró-labore e/ou honorários;

m) Cartão de CNPJ da Empresa/Contrato Social;

n) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;

o) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;

p) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;

q) Formulário de Registro de Informações Cadastrais (Pessoa Jurídica) e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo representante legal do beneficiário.

8.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a presente cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAR CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO – FASE TERMINAL – FT

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, a antecipação do pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual apurado relativo à Cobertura básica de Morte – M ao próprio segurado, caso este seja considerado paciente terminal, conforme definido na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO desta condição especial, ocorrido durante a vigência do seguro e **após o período de carência definido na Cláusula 6 – CARÊNCIA** desta condição especial, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas condições gerais.

1.3. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD–A.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais, também se aplica a esta Cobertura, a seguinte definição:

2.1.1. Paciente Terminal: considera-se "paciente terminal" o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte, onde as medidas terapêuticas aplicáveis NÃO ensejarão em aumento de sobrevida do paciente, sendo caracterizado como tratamento meramente paliativo. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista doença caracterizada, acompanhado do histórico da doença, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NAS CLÁUSULAS 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1 E 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, AS DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO.

4. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

4.1. O capital segurado individual apurado 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.

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para esta Cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado Individual, a data indicada pelo atestado médico em que a doença foi declarada em fase terminal devidamente assinado pelo médico assistente.

6. CARÊNCIA

6.1. A Carência para esta Cobertura, poderá ser de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias e será definido na Proposta de Contratação e na Apólice do seguro.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO A COBERTURA INDIVIDUAL das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

a) Com o pagamento do Capital Segurado Individual relativo a esta Cobertura;

b) Com o pagamento de Capital Segurado Individual de outra Cobertura que tenha previsão de extinção integral do seguro.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para a análise e regulação de Sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do Segurado;

b) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu representante legal;

c) No caso de Segurado assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;

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 de Ficha de Registro de Empregado;

f) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;

g) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do Estipulante ou Subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;

h) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;

i) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;

j) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;

k) Relatório Médico com indicação do estágio da doença, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais, que comprove a doença em fase terminal da pessoa que sofreu o sinistro e ateste o tempo esperado de sobrevida, emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório.

9.2. As demais regras para análise e regulação de Sinistro relacionadas a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE – AA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado individual apurado ao beneficiário, a título de auxílio alimentação, em caso de falecimento do segurado, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas condições gerais.

1.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte – M.

1.4. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Auxílio Alimentação por Morte Acidental – AAMA.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

3.1. O capital segurado individual 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.

3.2. O pagamento do capital segurado desta cobertura está condicionado ao pagamento da cobertura básica de Morte – M.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado individual a data do falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento do capital segurado individual relativo a esta cobertura;

b) Com o pagamento de capital segurado individual de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

7.1.1. Para o caso de Morte Natural:

a) Relatório Médico assinado pelo médico assistente contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do segurado;
b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
c) Se o cônjuge/companheiro(a) for beneficiário do seguro, para os casos de comprovação de união estável: Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada, emitida após o óbito, ou de comprovação da união estável por ocasião do sinistro, tais como:
   i. Termo de concessão expedido pelo INSS de pensão;
   ii. Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o companheiro como dependente;
   iii. Conta bancária conjunta; ou
   iv. Escritura de compra e venda ou contrato realizado pelo cônjuge;
d) "Declaração de Únicos Herdeiros Legais", preenchida e assinada pelo(s) familiares consanguíneos, caso o segurado não tenha designado beneficiário(s) na proposta, com duas testemunhas devidamente qualificadas, com reconhecimento de firma, informando quem são os únicos herdeiros legais do segurado;
e) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
f) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência de cada beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
g) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
h) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte devidamente homologado no TRT ou sindicato;
i) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
j) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
k) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
l) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
m) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
n) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s).

7.1.2. Para os casos de Morte Acidental:

Além dos documentos indicados no subitem acima, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;

b) Laudo de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituo Médico legal – IML (caso o segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente);
c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT, se houver;
d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
e) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver.

7.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL – AAMA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado individual apurado ao(s) beneficiário(s), a título de auxílio alimentação, em caso de falecimento do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto,** especificado na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.

1.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte Acidental – MA.

1.4. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Auxílio Alimentação por Morte – AA.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

3.1. O capital segurado Individual 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.

3.2. O pagamento do capital segurado desta cobertura está condicionado ao pagamento da cobertura básica de Morte Acidental – MA.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado Individual, a data do acidente pessoal coberto.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta Cobertura cessa:

a) Com o pagamento do capital segurado Individual relativo a esta cobertura;

b) Com o pagamento de capital segurado Individual de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Formulário "Aviso de sinistro", com informações gerais, sendo todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) beneficiário(s);
b) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
c) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, se houver;
e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH do segurado, se for acidente de trânsito (e quando o segurado for o motorista);
f) Declaração de Únicos Herdeiros Legais", preenchida e assinada pelo(s) familiares consanguíneos, caso o segurado não tenha designado beneficiário(s) pelo segurado em carta de próprio punho, com duas testemunhas devidamente qualificadas, com reconhecimento de firma, informando quem são os únicos herdeiros legais do segurado;
g) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
h) Laudo de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituo Médico Legal – IML (caso o segurado tenha sido condutor no veículo envolvido no acidente);
i) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
j) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte devidamente homologado no TRT ou sindicato;
k) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
l) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
m) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
n) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
o) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
p) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s).

7.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO–A

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo Segurado, para seu tratamento sob orientação médica, limitado ao valor do capital segurado Individual apurado, **decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal coberto,** ocorrido durante a vigência do seguro e **desde que os tratamentos sejam iniciados nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do acidente pessoal**, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. 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.

1.3. 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.

1.4. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUIDOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2. GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, TAMBÉM ESTÃO EXCLUÍDOS OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA E/OU RELACIONADOS A:

A) ESTADO DE CONVALESCENÇA (APÓS ALTA MÉDICA);
B) DESPESAS DE ACOMPANHANTES; E
C) APARELHOS QUE SE REFEREM A ÓRTESE DE QUALQUER NATUREZA E PRÓTESE DE CARÁTER PERMANENTE, SALVO AS PRÓTESES PELA PERDA DE DENTES NATURAIS.

3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

3.1. O capital segurado individual 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.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para esta Cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado Individual, a data do acidente pessoal coberto.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. 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.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

7.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das Condições Gerais, esta Cobertura cessa com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

8. BENEFICIÁRIO

8.1. 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.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. O valor a ser reembolsado ao(s) Segurado(s) estará limitado ao valor efetivamente gasto, observado o Capital Segurado vigente na data do evento.

9.2. Para a análise e regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do Segurado;
b) BO – Boletim de Ocorrência Policial e/ou CAT – Comunicado de Acidente de trabalho, se houver;
c) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, se for acidente de trânsito (e quando o Segurado for o motorista);
d) Laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
e) Exames e laudos médicos que confirmem o sinistro;
f) Notas fiscais/eletrônicas/recibos originais ou digitalizados legíveis e sem rasura das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas. **No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida Seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título do primeiro risco através do DPVAT;**
g) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
h) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
i) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
j) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do Estipulante ou Subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
k) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;

l) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;

m) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s).

9.3. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda, da data do efetivo pagamento efetuado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

9.4. As demais regras para análise e regulação de Sinistro relacionadas a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE – DD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado individual complementar a indenização por morte natural ou acidental do segurado, a título de auxílio ao custeio de despesas diversas não comprováveis, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.

1.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte – M.

1.4. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Despesas Diversas por Morte Acidental – DDMA.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

3.1. O capital segurado individual 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.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado individual a data do falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento do capital segurado individual relativo a esta cobertura;

b) Com o pagamento de capital segurado Individual de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

7.1.1. Para o caso de Morte Natural:

a) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
c) Declaração de Únicos Herdeiros Legais", preenchida e assinada pelo(s) familiares consanguíneos, caso o segurado não tenha designado beneficiário(s) pelo segurado em carta de próprio punho, com duas testemunhas devidamente qualificadas, com reconhecimento de firma, informando quem são os únicos herdeiros legais do segurado;
d) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência de cada beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
e) Se o cônjuge/companheiro(a) for beneficiário do seguro, para os casos de comprovação de união estável: Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada, emitida após o óbito, ou de comprovação da união estável por ocasião do sinistro, tais como:
   i. Termo de concessão expedido pelo INSS de Pensão;
   ii. Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o companheiro como dependente;
   iii. Conta bancária conjunta; ou
   iv. Escritura de compra e venda ou contrato realizado pelo cônjuge;
f) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
g) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte devidamente homologado no TRT ou sindicato;
h) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
i) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
j) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
k) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
l) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
m) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s).

7.1.2. Para o caso de Morte Acidental:

Além dos documentos indicados no subitem acima, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
b) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT, se houver;

c) Laudo de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituo Médico Legal – IML (caso o segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente);
d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
e) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver.

7.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL – DDMA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado individual complementar a indenização por morte acidental do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto,** especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, a título de auxílio ao custeio de despesas diversas não comprováveis, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.

1.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte Acidental – MA.

1.4. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Despesas Diversas por Morte – DD.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

3.1. O capital segurado individual 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.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

a) Com o pagamento do capital segurado individual relativo a esta cobertura;

b) Com o pagamento de capital segurado individual de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
c) Declaração de Únicos Herdeiros Legais", preenchida e assinada pelo(s) familiares consanguíneos, caso o segurado não tenha designado beneficiário(s) pelo segurado em carta de próprio punho, com duas testemunhas devidamente qualificadas, com reconhecimento de firma, informando quem são os únicos herdeiros legais do segurado;
d) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência de cada beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
e) Se o cônjuge/companheiro(a) for beneficiário do seguro, para os casos de comprovação de união estável: Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada, emitida após o óbito, ou de comprovação da união estável por ocasião do sinistro, tais como:
   i. Termo de concessão expedido pelo INSS de Pensão;
   ii. Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o companheiro como dependente;
   iii. Conta bancária conjunta; ou
   iv. Escritura de compra e venda ou contrato realizado pelo cônjuge;
f) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, se houver;
g) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH do segurado, se for acidente de trânsito (e quando o segurado for o motorista);
h) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
i) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver;
j) Laudo de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituo Médico Legal – IML (caso o segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente);
k) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
l) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte devidamente homologado no TRT ou sindicato;
m) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
n) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
o) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s);
p) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
q) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
r) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
s) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s).

7.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – DDIPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado individual complementar a indenização por invalidez permanente total do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto,** especificado na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, a título de auxílio ao custeio de despesas diversas não comprováveis, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E CLÁUSULA 4 – RISCOS COBERTOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

3.1. O capital segurado individual 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.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado individual, a data do acidente pessoal coberto.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura cessa com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, esta cobertura adicional.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Relatório Médico informando o diagnóstico, tratamento aplicado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
b) No caso se segurado assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
c) Exames e laudos médicos que confirmem a ocorrência de evento coberto;
d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT, se houver;
e) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
f) Laudo de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituo Médico Legal – IML (caso o segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente);
g) Cópia do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do segurado;
h) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH do segurado, se for acidente de trânsito (e quando a segurado for o motorista);
i) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
j) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente homologado no TRT ou sindicato;
k) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
l) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
m) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
n) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
o) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
p) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro preenchido e assinado pelo segurado ou pelo seu representante legal.

7.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE – IAC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal, garantindo o pagamento de capital segurado individual apurado aos beneficiários, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. Esta cobertura possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o segurado principal:

a) Morte – M
b) Morte Acidental – MA
c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
d) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA

1.3. Se contratada esta cobertura pelo estipulante/subestipulante, participarão do presente seguro, automaticamente os cônjuges/companheiros de todos os segurados principais.

1.4. 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.

1.5. A cobrança do prêmio relativo ao segurado dependente será feita em conjunto com o prêmio de seguro do segurado principal e em conformidade com as condições gerais da apólice.

1.6. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas condições gerais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA CONTRATADA.

3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

3.1. O capital segurado individual 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 individual apurado para o segurado principal.

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito apuração e determinação do capital segurado individual, a data da ocorrência do evento coberto, de acordo com as condições especiais da cobertura contratada.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de carência para esta cobertura**,** se aplicada, será de, no máximo, 30 (trinta) dias ininterruptos, a contar da data do início da vigência do seguro e estará indicado na Proposta de Contratação e na Apólice do seguro.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

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

7.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:
a) Na data do início da cobertura do risco individual do segurado principal; e
b) Na data da inclusão da condição no seguro, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL destas condições gerais, esta cobertura cessa:
a) Com o cancelamento desta cobertura;
b) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a cobertura contratada para o segurado principal;
c) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
d) Na ocorrência de separação judicial/de fato ou divórcio;
e) 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);
f) Dissolução da união estável;
g) Com a morte do segurado principal ou cônjuge/companheiro(a), sua invalidez permanente total por acidente ou sua invalidez funcional permanente e total por doença; e
h) Com a inclusão do segurado dependente como segurado em outra apólice deste mesmo plano de seguro.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será:
a) O(a) próprio(a) segurado(a) principal, para eventos decorrentes da morte do cônjuge/companheiro(a);
b) Para as demais coberturas que possam existir, o beneficiário será o próprio cônjuge/companheiro(a).

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do cônjuge;
b) Cópia da Certidão de Óbito do cônjuge/companheiro(a);
c) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do segurado;
d) Se o cônjuge/companheiro(a) for beneficiário do seguro, para os casos de comprovação de união estável: Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada, emitida após o óbito, ou de comprovação da união estável por ocasião do sinistro, tais como:
   i. Termo de concessão expedido pelo INSS de pensão;
   ii. Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o companheiro como dependente;
   iii. Conta bancária conjunta; ou
   iv. Escritura de compra e venda ou contrato realizado pelo cônjuge;
e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, se houver;
f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH do cônjuge, se for acidente de trânsito (e quando o Cônjuge/companheiro(a) for o motorista);
g) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
h) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver;
i) Laudo de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituo Médico Legal – IML (caso o segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente);
j) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
k) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
l) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
m) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
n) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
o) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
p) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro preenchido e assinado pelo beneficiário ou pelo seu representante legal.

10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir todo(s) o(s) filho(s) do segurado principal, garantindo o pagamento do capital segurado individual apurado ao(s) beneficiário(s) do seguro, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. Esta cobertura possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o segurado principal:
- **a) Morte – M**
- **b) Morte Acidental – MA**

1.3. Se contratada esta cobertura pelo estipulante/subestipulante, participarão automaticamente do presente seguro todos os filhos do segurado principal, desde que estejam em perfeitas condições normais de saúde.

1.3.1. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado o filho dependente do segurado que tiver maior capital segurado, ou no caso de capitais equivalentes, daquele que possuir maior idade.

1.4. Não podem participar desta cobertura, o(s) filho(s) que já faça(m) parte do grupo segurado como principal na data do evento.

1.5. 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; e**
- **b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.**

1.5.1. Não haverá cobertura com base na condição estabelecida no item acima caso tenha sido contratado o plano familiar da cobertura adicional de Decessos e esta for acionada em consequência da morte do dependente filho ou enteado.

1.6. A cobrança do prêmio relativo ao segurado dependente será feita em conjunto com o prêmio de seguro do segurado principal e em conformidade com as condições gerais da apólice.

1.7. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA CONTRATADA.

3. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

3.1. O capital segurado individual da(s) cobertura(s) do(s) filho(s) corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de evento coberto, sendo limitado à **50% (cinquenta por cento)** do capital segurado individual apurado para o segurado principal para a respectiva cobertura, **respeitando expressamente os limites estabelecidos na apólice.**

4. DATA DO EVENTO

4.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado individual, a data da ocorrência do evento coberto de acordo com as condições especiais da cobertura contratada.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de carência para esta cobertura**,** se aplicada, será de, no máximo, 30 (trinta) dias ininterruptos, a contar da data do início da vigência do seguro e estará indicado na Proposta de Contratação e na Apólice do seguro.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

7.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:
a) Na data do início da cobertura do risco individual do segurado principal; e
b) Na data da inclusão da condição na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL destas condições gerais, esta cobertura cessa:
a) Com o cancelamento desta cobertura;
b) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a cobertura contratada para o segurado principal;
c) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
d) No caso de término da condição de dependente, conforme previsto na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO, das condições gerais;
e) Com a morte do segurado principal ou do(s) filho(s), com invalidez permanente total por acidente ou com invalidez funcional permanente e total por doença do segurado principal;
f) Com a inclusão do segurado dependente como segurado de outra apólice deste mesmo plano de seguro.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será:
a) O segurado para os eventos decorrentes do falecimento do(a) filho(a); ou

b) Nas coberturas que preveem o reembolso, o beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas ou, o próprio prestador de serviço.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do filho;
b) Cópia da Certidão de Óbito do filho;
c) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do segurado;
d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, se houver;
e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH do filho, se for acidente de trânsito (e quando o filho for o motorista);
f) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
g) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver;
h) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
i) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
j) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
k) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP;
l) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
m) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
n) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro preenchido e assinado pelo beneficiário ou seu representante legal.

10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS – DCF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado individual apurado, quando ocorrer o nascimento com vida do(s) filho(s) do segurado, portador(es) de doença(s) congênita(s), ocorrido durante a vigência do seguro, **observados o período de carência, os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. Doença Congênita: doença adquirida antes do nascimento ou até completar o 1º (primeiro) ano de vida resultante da má formação do organismo, seja qual for a sua causa e que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado individual para esta cobertura, em caso de nascimento com vida de filho do segurado, que apresente doença congênita devidamente comprovada por médico habilitado**.**

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

3.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL OS SEGUINTES EVENTOS:

A) DOENÇAS CONGÊNITAS DECORRENTES DO USO DE ENTORPECENTES, MEDICAMENTOS, DROGAS OU PROCEDIMENTOS NÃO RECOMENDADOS DURANTE O PERÍODO DE GESTAÇÃO;

B) DOENÇAS CONGÊNITAS DECORRENTES DE FATOR AMBIENTAL, NO QUAL SEJA CONSTATADO E/OU DECLARADO PELAS INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS OU DE RESPONSABILIDADE PÚBLICA OU PRIVADA;

C) DOENÇAS CONGÊNITAS DECORRENTES PELO MAU USO OU INABILIDADE DE PRODUTOS QUÍMICOS, OU DEMAIS CATEGORIAS DE PRODUTOS RECONHECIDAMENTE PREJUDICIAIS À SAÚDE.

5. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

5.1. O capital segurado individual corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de evento coberto,

sendo limitado à **50% (cinquenta por cento)** do capital segurado individual apurado para a cobertura básica do segurado principal, **respeitando expressamente os limites estabelecidos na apólice.**

5.2. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto com doença congênita para os filhos nascidos vivos, o capital segurado será dividido em proporções iguais pelo número de filhos nascidos vivos e diagnosticados com a doença.

5.3. No caso de ambos os pais serem segurados principais, a seguradora considerará, para efeito de indenização, apenas o segurado que tiver o maior capital segurado contratado, ou no caso de capitais equivalentes, daquele que possuir maior idade.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado individual, a data do diagnóstico médico da doença congênita, desde que efetuado entre a data de nascimento até o 1º (primeiro) ano de vida do filho do segurado principal.

7. CARÊNCIA

7.1. O período de carência para esta cobertura, se aplicada, será de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, a contar da data do início da vigência do seguro ou da inclusão da cobertura adicional e estará indicado na apólice do seguro.

7.2. Somente terão cobertura os casos que não tenham conhecimento ou da preexistência de doença congênita ou de qualquer outra anormalidade no período de gestação até a conclusão do período de carência.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

9.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL destas condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento de capital segurado individual de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;

b) Com o cancelamento da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF.

10. BENEFICIÁRIO

10.1. Para efeito desta cobertura, para fins de reembolso, o beneficiário será o próprio segurado principal.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
b) Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
c) Exames e laudos médicos que comprovem a doença congênita do filho do segurado;
d) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho;
e) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
f) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
g) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
h) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
i) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
j) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
k) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro preenchido e assinado pelo beneficiário ou seu representante legal.

11.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. RATIFICAM-SE AS DISPOSIÇÕES CONSTANTES DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO MODIFICADAS POR ESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS. EM CASO DE CONFLITO, PREVALECERÁ O DISPOSTO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.