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

SEGURO DE VIDA – por idade e faixa etária

Condições Contratuais

Versão 4.0

CNPJ 54.484.753/0001-49
Processo SUSEP nº 10.002879/99-91

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS 10
1. OBJETIVO DO SEGURO 10
2. GLOSSÁRIO 10
3. COBERTURAS DO SEGURO 15
4. RISCOS EXCLUÍDOS 17
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 19
6. CARÊNCIA 19
7. FRANQUIA 19
8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO 19
9. BENEFICIÁRIOS 22
10. CAPITAIS SEGURADOS 24
11. CUSTEIO DO SEGURO 24
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO 25
13. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA 26
14. SEGURADOS AFASTADOS 27
15. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE 27
17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS E ALTERAÇÃO DE VALORES 29
18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 30
19. PERDA DE DIREITOS 31
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA 32
21. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 33
22. ALTERAÇÕES NA APÓLICE 39
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE 39
24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO 41
25. PRESCRIÇÃO 41
26. FORO 41
27. DISPOSIÇÕES GERAIS 41
CONDIÇÕES ESPECIAIS 43
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M 43
28. OBJETIVO DA COBERTURA 43
29. CAPITAL SEGURADO 43
30. DATA DO EVENTO 43
31. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 43
32. DISPOSIÇÕES GERAIS 43
COBERTURA BÁSICA DE DECESSOS – DEC 44
33. OBJETIVO DA COBERTURA 44
34. DEFINIÇÕES 44
35. RISCOS COBERTOS 44
36. RISCOS EXCLUÍDOS 47
37. CAPITAIS SEGURADOS 48
38. DATA DO EVENTO 48
39. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA 48
40. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 48
41. BENEFICIÁRIOS 48
42. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 49
43. DISPOSIÇÕES GERAIS 49

COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL – MA 50
44. OBJETIVO DA COBERTURA 50
45. CAPITAIS SEGURADOS 50
46. DATA DO EVENTO 50
47. DISPOSIÇÕES GERAIS 50
COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIMES – MA–C 51
48. OBJETIVO DA COBERTURA 51
49. RISCOS COBERTOS 51
50. RISCOS EXCLUÍDOS 51
51. CAPITAIS SEGURADOS 51
52. DATA DO EVENTO 52
53. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE 52
54. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 52
55. DISPOSIÇÕES GERAIS 52
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA 53
56. OBJETIVO DA COBERTURA 53
57. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE 53
58. RISCOS EXCLUÍDOS 54
59. CAPITAIS SEGURADOS 54
60. DATA DO EVENTO 55
61. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 55
62. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 55
63. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 55
64. DISPOSIÇÕES GERAIS 55
ANEXO I 56
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – MAJORADA – IPA–M 60
65. OBJETIVO DA COBERTURA 60
66. RISCOS COBERTOS 60
67. RISCOS EXCLUÍDOS 60
68. CAPITAIS SEGURADOS 60
69. DATA DO EVENTO 61
70. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 61
71. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 61
72. DISPOSIÇÕES GERAIS 61
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIMES – IPA–C 62
73. OBJETIVO DA COBERTURA 62
74. RISCOS COBERTOS 62
75. RISCOS EXCLUÍDOS 62
76. CAPITAIS SEGURADOS 62
77. DATA DO EVENTO 63
78. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 63
79. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE 63
80. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 63
81. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 63
82. DISPOSIÇÕES GERAIS 63
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA 64
83. OBJETIVO DA COBERTURA 64

84. RISCOS COBERTOS 64
85. RISCOS EXCLUÍDOS 65
86. CAPITAIS SEGURADOS 65
87. DATA DO EVENTO 65
88. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 65
89. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 66
90. DISPOSIÇÕES GERAIS 66
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD 67
91. OBJETIVO DA COBERTURA 67
92. DEFINIÇÕES 67
93. RISCOS COBERTOS 69
94. RISCOS EXCLUÍDOS 70
95. CAPITAIS SEGURADOS 70
96. DATA DO EVENTO 70
97. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 71
98. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 71
99. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA 71
100. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO 72
101. DISPOSIÇÕES GERAIS 72
ANEXO II 73
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A 75
102. OBJETIVO DA COBERTURA 75
103. DEFINIÇÕES 75
104. RISCOS COBERTOS 77
105. RISCOS EXCLUÍDOS 78
106. CAPITAIS SEGURADOS 79
107. DATA DO EVENTO 79
108. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 79
109. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 79
110. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA 80
111. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO 80
112. DISPOSIÇÕES GERAIS 80
ANEXO III 81
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH–A 83
113. OBJETIVO DA COBERTURA 83
114. DEFINIÇÕES 83
115. RISCOS COBERTOS 83
116. RISCOS EXCLUÍDOS 84
117. CAPITAIS SEGURADOS 84
118. DATA DO EVENTO 85
119. FRANQUIA 85
120. BENEFICIÁRIOS 85
121. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 85
122. DISPOSIÇÕES GERAIS 85
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL – DT 86
123. OBJETIVO DA COBERTURA 86
124. RISCOS COBERTOS 86

125. RISCOS EXCLUÍDOS 86
126. CAPITAIS SEGURADOS 86
127. DATA DO EVENTO 86
128. CARÊNCIA 86
129. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 87
130. BENEFICIÁRIOS 87
131. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 87
132. DISPOSIÇÕES GERAIS 87
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES – DG 88
133. OBJETIVO DA COBERTURA 88
134. DEFINIÇÕES 88
135. RISCOS COBERTOS 89
136. RISCOS EXCLUÍDOS 89
137. CAPITAIS SEGURADOS 91
138. DATA DO EVENTO 91
139. CARÊNCIA 91
140. FRANQUIA 91
141. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 91
142. BENEFICIÁRIOS 92
143. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 92
144. DISPOSIÇÕES GERAIS 93
COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC 94
145. OBJETIVO DA COBERTURA 94
146. DEFINIÇÕES 94
147. RISCOS COBERTOS 95
148. RISCOS EXCLUÍDOS 96
149. CAPITAIS SEGURADOS 96
150. DATA DO EVENTO 96
151. CARÊNCIA 96
152. FRANQUIA 96
153. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 96
154. BENEFICIÁRIOS 97
155. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 97
156. DISPOSIÇÕES GERAIS 97
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA 98
157. OBJETIVO DA COBERTURA 98
158. RISCOS COBERTOS 98
159. RISCOS EXCLUÍDOS 98
160. CAPITAIS SEGURADOS 99
161. DATA DO EVENTO 99
162. FRANQUIA 100
163. LIMITE DE DIÁRIAS 100
164. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 100
165. BENEFICIÁRIOS 100
166. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 100
167. DISPOSIÇÕES GERAIS 100
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE 101
168. OBJETIVO DA COBERTURA 101
169. RISCOS COBERTOS 101

170. RISCOS EXCLUÍDOS 102
171. CAPITAIS SEGURADOS 102
172. DATA DO EVENTO 102
173. FRANQUIA 103
174. LIMITE DE DIÁRIAS 103
175. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 103
176. BENEFICIÁRIOS 103
177. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 103
178. DISPOSIÇÕES GERAIS 103
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO 104
179. OBJETIVO DA COBERTURA 104
180. RISCOS COBERTOS 104
181. RISCOS EXCLUÍDOS 104
182. CAPITAIS SEGURADOS 104
183. DATA DO EVENTO 104
184. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 105
185. BENEFICIÁRIOS 105
186. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 105
187. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE 105
188. DISPOSIÇÕES GERAIS 106
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS – DCF 107
189. OBJETIVO DA COBERTURA 107
190. DEFINIÇÕES 107
191. RISCOS COBERTOS 107
192. RISCOS EXCLUÍDOS 107
193. CAPITAIS SEGURADOS 107
194. DATA DO EVENTO 108
195. CARÊNCIA 108
196. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 108
197. BENEFICIÁRIOS 108
198. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 108
199. DISPOSIÇÕES GERAIS 109
COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS EM CASO DE MORTE – VRM 110
200. OBJETIVO DA COBERTURA 110
201. RISCOS COBERTOS 110
202. RISCOS EXCLUÍDOS 110
203. CAPITAIS SEGURADOS 110
204. DATA DO EVENTO 110
205. CARÊNCIA 111
206. BENEFICIÁRIOS 111
207. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 111
208. DISPOSIÇÕES GERAIS 111
COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS EM CASO DE MORTE ACIDENTAL – VRMA 112
209. OBJETIVO DA COBERTURA 112
210. RISCOS COBERTOS 112
211. RISCOS EXCLUÍDOS 112
212. CAPITAIS SEGURADOS 112
213. DATA DO EVENTO 112
214. BENEFICIÁRIOS 113

215. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 113
216. DISPOSIÇÕES GERAIS 113
COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ 114
217. OBJETIVO DA COBERTURA 114
218. DEFINIÇÕES 114
219. RISCOS COBERTOS 114
220. CAPITAIS SEGURADOS 115
221. DATA DO EVENTO 115
222. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA 115
223. CARÊNCIA 115
224. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 115
225. BENEFICIÁRIOS 115
226. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 115
227. DISPOSIÇÕES GERAIS 116
COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE 117
228. OBJETIVO DA COBERTURA 117
229. RISCOS COBERTOS 117
230. CAPITAIS SEGURADOS 117
231. DATA DO EVENTO 117
232. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 117
233. BENEFICIÁRIOS 117
234. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 118
235. DISPOSIÇÕES GERAIS 118
COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL 119
236. OBJETIVO DA COBERTURA 119
237. RISCOS COBERTOS 119
238. CAPITAIS SEGURADOS 119
239. DATA DO EVENTO 119
240. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 119
241. BENEFICIÁRIOS 119
242. DISPOSIÇÕES GERAIS 120
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE 121
243. OBJETIVO DA COBERTURA 121
244. CAPITAIS SEGURADOS 121
245. DATA DO EVENTO 121
246. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 121
247. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 121
248. DISPOSIÇÕES GERAIS 121
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL 122
249. OBJETIVO DA COBERTURA 122
250. CAPITAIS SEGURADOS 122
251. DATA DO EVENTO 122
252. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 122
253. DISPOSIÇÕES GERAIS 122
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE 123
254. OBJETIVO DA COBERTURA 123
255. RISCOS COBERTOS 123
256. RISCOS EXCLUÍDOS 124

257. CAPITAIS SEGURADOS 124
258. DATA DO EVENTO 124
259. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 124
260. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 124
261. DISPOSIÇÕES GERAIS 125
COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IEIPA 126
262. OBJETIVO DA COBERTURA 126
263. RISCOS COBERTOS 126
264. RISCOS EXCLUÍDOS 126
265. CAPITAIS SEGURADOS 126
266. DATA DO EVENTO 127
267. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 127
268. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 127
269. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 127
270. DISPOSIÇÕES GERAIS 127
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) – IAC 128
271. OBJETIVO DA COBERTURA 128
272. RISCOS COBERTOS 128
273. RISCOS EXCLUÍDOS 128
274. CAPITAIS SEGURADOS 128
275. DATA DO EVENTO 129
276. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 129
277. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) 129
278. TÉRMINO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) 129
279. BENEFICIÁRIOS 129
280. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 129
281. DISPOSIÇÕES GERAIS 130
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) – IFC 131
282. OBJETIVO DA COBERTURA 131
283. RISCOS COBERTOS 131
284. RISCOS EXCLUÍDOS 131
285. CAPITAIS SEGURADOS 132
286. DATA DO EVENTO 132
287. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 132
288. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) 132
289. TÉRMINO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) 132
290. BENEFICIÁRIOS 132
291. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 132
292. DISPOSIÇÕES GERAIS 133
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF 134
293. OBJETIVO DA COBERTURA 134
294. DEFINIÇÕES 134
295. RISCOS COBERTOS 134
296. RISCOS EXCLUÍDOS 135
297. CAPITAIS SEGURADOS 135
298. DATA DO EVENTO 135
299. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 135
300. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S) 135

301. TÉRMINO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S) 135
302. BENEFICIÁRIOS 135
303. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 136
304. DISPOSIÇÕES GERAIS 136
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS 137
305. OBJETIVO 137
306. DEFINIÇÕES 137
307. DETERMINAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO 137
308. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 137
309. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO 138
310. PAGAMENTO DO EXCEDENTE 138
311. MODIFICAÇÕES NA CONDIÇÃO 138
312. DISPOSIÇÕES GERAIS 138

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do prêmio, o pagamento de indenização ao segurado beneficiário do seguro, 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 expressamente excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado, a vigência do contrato de seguro e as demais disposições contratuais.**

2. GLOSSÁRIO

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.

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

a) Incluem-se nesse conceito:
- a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e suas tentativas; e
- a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se do conceito de Acidentes Pessoais:
- b.1) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, inclusive os decorrentes de sequestros e suas tentativas, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item do Glossário.

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.

Apólice: documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), nos planos coletivos, bem como estabelece os direitos e obrigações das partes.

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.

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

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.

Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora em caso de pagamento de indenização.

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 segurado(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) capital(is) contratado(s), no caso de ocorrência de evento coberto.

Certificado Individual: documento emitido para cada Segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

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

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

Cônjuge/Companheiro(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 e pelo contrato de seguro.

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

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

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

Contrato Coletivo: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades particularidades operacionais e as obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e a Seguradora, em especial no que se refere às relações com o Segurado, Beneficiário e assistido, de forma complementar às Condições Contratuais.

Corretor de Seguros: é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP –

Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover Contratos de Seguro. **O Corretor de seguros responde de forma civil e regulatória pelos prejuízos que causar no exercício da sua profissão, por ação, omissão dolosa ou culposa.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor no site www.susep.gov.br por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF**.**

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

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.

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.

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

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

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.

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

Endosso: documento emitido pela Seguradora, durante a Vigência do Seguro, por meio intermédio do qual são formalizadas alterações dos do seguro contratados e condições de uma Apólice, de comum acordo entre a Seguradora e com o Estipulante e/ou Subestipulante ou Segurado.

Estipulante: pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva, ficando investida de poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais e ocorrido durante a Vigência do Seguro, passível de ser indenizado pela Seguradora em favor do Segurado ou Beneficiário(s) enquadrado nas Cobertura previstas na Apólice contratual.

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

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

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

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

Impotência Funcional: alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que

gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.

Indenização: valor máximo a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência do Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da(s) cobertura(s) contratada(s) da Cobertura contratada.

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

Liquidação do Sinistro: pagamento da indenização, após a finalização da regulação do sinistro e conclusão de sinistro indenizável.

Médico/Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável por seu acompanhamento clínico e diagnóstico do segurado. **A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**

Prazo de Tolerância: intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o segurado terá direito à Cobertura, mediante a regularização do Prêmio em atraso.

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 da doença caracterizada, acompanhado do histórico da doença, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

Prêmio: importância fixada na Apólice/Certificado Individual e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia do risco e do interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.

Premoriência: é a morte de uma pessoa ocorrida anteriormente à de uma outra pessoa, que lhe sobrevive.

Proponente: pessoa física ou jurídica interessada em contratar o Seguro Coletivo ou a pessoa física interessara em aderir a este Seguro e que apresenta a Proposta de Contratação ou a Proposta de Adesão, conforme o caso.

Proposta de Adesão: 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, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.

Proposta de Contratação: documento preenchido pelo Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), 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 expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas) do seguro e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.

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

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.

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

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

Regulação de Sinistro: procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro.

Relatório Médico: documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos. **Não será aceito, para fins de avaliação de cobertura, documento emitido por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**

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.

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

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

Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. No caso de contratação por pessoa jurídica, o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa na data de contratação do seguro.

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

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

Seguradora: empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que, 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..

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

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

Vigência do Seguro: período definido na Apólice do seguro durante o qual está em vigor o contrato de seguro, mediante o

pagamento dos prêmios devidos à Seguradora.

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

3. COBERTURAS DO SEGURO

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

3.1.1. Coberturas Básicas
- a) Morte – M
- b) Decessos – DEC

3.1.2. Coberturas Adicionais
- a) Morte Acidental – MA
- b) Morte Acidental Decorrente de Crimes – MA–C
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- d) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA–M
- e) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crimes – IPA–C
- f) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
- g) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD
- h) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD–A
- i) Diária de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente – DIH–A
- j) Doença Terminal – DT
- k) Doenças Graves – DG
- l) Diagnóstico de Câncer – DC
- m) Diárias por Incapacidade Física Temporária
- n) Diárias por Incapacidade Física Temporária por Acidente
- o) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMHO
- p) Doenças Congênitas de Filhos – DCF
- q) Verbas Rescisórias em Caso de Morte – VRM
- r) Verbas Rescisórias em Caso de Morte Acidental – VRMA
- s) Aquisição de Jazigo – AJ
- t) Auxílio Alimentação por Morte
- u) Auxílio Alimentação por Morte Acidental
- v) Despesas Diversas por Morte
- w) Despesas Diversas por Morte Acidental
- x) Despesas Diversas por Invalidez Permanente Total por Acidente
- y) Indenização Especial em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IEIPA

3.1.3. Coberturas Suplementares
- a) Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC
- b) Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a) – IFC
- c) Inclusão Automática de Filhos – IAF

3.1.4. Cláusula Suplementar
- a) Excedente Técnico

3.2. As coberturas básicas de Morte e Decessos poderão ser contratadas em conjunto ou separadamente, sendo obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das coberturas descritas no subitem 3.1.1.

3.3. Para a contratação de coberturas adicionais e/ou suplementares, será obrigatória a contratação de, pelo menos,

umas das coberturas básicas. QUANDO DA CONJUGAÇÃO DE COBERTURAS DEVERÃO SER OBSERVADAS AS SEGUINTES DISPOSIÇÕES

3.4. A cobertura adicional de Morte Acidental Decorrente de Crimes – MA–C somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Morte Acidental – MA.

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

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

3.7. 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.

3.8. As coberturas adicionais de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD– A, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD e Doença Terminal – DT não podem ser contratadas em conjunto.

3.9. As coberturas adicionais de Diagnóstico de Câncer – DC e Doenças Graves – DG não podem ser contratadas em conjunto.

3.10. As coberturas adicionais de Diárias por Incapacidade Física Temporária e Diárias por Incapacidade Física Temporária por Acidente não podem ser contratadas em conjunto.

3.11. A cobertura adicional de Verbas Rescisórias em caso de Morte – VRM não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Verbas Rescisórias em caso de Morte Acidental – VRMA.

3.12. As coberturas adicionais de Auxílio Alimentação por Morte e Auxílio Alimentação por Morte Acidental não podem ser contratadas em conjunto.

3.13. As coberturas adicionais de Despesas Diversas por Morte e Despesas Diversas por Morte Acidental não podem ser contratadas em conjunto.

3.14. A cobertura adicional de Aquisição de Jazigo – AJ somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Decessos – DEC.

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

3.16. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC permite ao estipulante a contratação das mesmas coberturas que vierem a ser contratadas para o segurado principal, exceto condição contrária estabelecida nas condições contratuais.

3.17. As coberturas suplementares de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC e de Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a) – IFC não podem ser contratadas em conjunto.

3.18. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF permite ao estipulante a contratação das mesmas coberturas que vierem a ser contratadas para o segurado principal, exceto condição contrária estabelecida nas condições contratuais.

3.19. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF fica condicionada à contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC.

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

3.21. 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.

3.22. A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital(is) segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESCRITAS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS E NAS ESPECIAIS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:

A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;

B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA DECORRIDO DO TRABALHO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MILITARES, DE ATOS HUMANITÁRIOS, DA UTILIZAÇAÕ DE MEIO DE TRANSPODER ARRISCADO OU DA PRÁTICA DESPORTIVA;

C) EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO MAS NÃO LIMITADO A GRIPE AVIÁRIA, A FEBRE AFTOSA, A MALÁRIA, A DENGUE, A MENINGITE, DENTRE OUTRAS, DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR PRESCRITOS POR MÉDICOS CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO;

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

E) ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO; NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;

F) INUNDAÇÃO, TUFÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, CICLONE, MAREMOTO OU QUALQUER OUTRA CONVULSÃO DA NATUREZA DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO;

G) EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;

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

I) DOAÇÃO E TRANSPLANTE INTERVIVOS;

J) 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;

K) DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E QUE NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E/OU NO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO;

L) 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.

4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE, NÃO ESTARÃO COBERTOS OS DANOS E AS PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE.

4.3. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NOS ITENS 4.1 E 4.2, 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 SINISTRO;

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; E

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.

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. O âmbito territorial das coberturas deste seguro é o globo terrestre.

6. CARÊNCIA

6.1. Poderão ser aplicadas carências nas coberturas contratadas, cujos prazos estarão previstos nas condições especiais de cada cobertura e no contrato de seguro, sendo também definida na proposta de contratação e na apólice.

6.2. Haverá carência nos 2 (dois) primeiros anos de vigência de seguro, para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.

6.3. O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência da cobertura individual ou em relação ao valor do aumento do capital segurado ou da cobertura incluída, em caso de sua alteração na vigência do contrato de seguro. Nestas hipóteses, a carência somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado ou à cobertura incluída.

6.4. O período de carência para as coberturas contratadas deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, entretanto, o prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência do certificado individual do seguro.

6.5. Nos casos de preenchimento do questionário de avaliação de risco, a carência poderá ser dispensada após análise e aceitação do risco..

6.6. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.

6.7. Não há carência quando ocorrer renovação do Seguro e em sinistros decorrentes de Acidente Pessoal, exceto no caso de tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.

6.8. Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, o valor do prêmio pago será entregue pela seguradora ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), deduzidos os impostos incidentes.

7. FRANQUIA

7.1. As franquias aplicadas estarão previstas nas condições especiais de cada cobertura e no contrato de seguro, sendo também definidas na proposta de contratação e na apólice.

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

8.1. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA:

8.1.1. 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.

8.1.1.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta de Contratação.

8.1.2. Na Proposta, deverão ser prestadas pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a Seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA 19 - PERDA DE DIREITOS.

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

8.1.4. 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 avaliar o risco e então aceitá-la ou recusá-la.

8.1.5. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido no item anterior, poderá solicitar esclarecimentos, 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.

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

8.1.7. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto na Cláusula 8.1.4, respeitada as condições de interrupção, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.

8.1.8. A aceitação do Contrato coletivo se formalizará com a emissão da Apólice de seguro pela Seguradora no início do Contrato, e em cada renovação, e, eventual alteração na Apólice vigente se formalizará com a emissão do competente Endosso, em até 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.

8.1.8.1. 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 8.1.4, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

8.1.9. 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.

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

8.1.11. É vedada a contratação ou alteração do seguro através de procuração.

8.2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL:

8.2.1. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação de Proposta de Adesão assinada pelo Proponente, seu representante ou por Corretor de Seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro.

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

8.2.2. Na Proposta de Adesão deverão ser prestadas pelo potencial Segurado todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de

Análise de Risco que lhe submeta a seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA 19 - PERDA DE DIREITOS.

8.2.2.1. A Proposta de Adesão poderá vir acompanhada do Questionário de Avaliação do Risco.

8.2.2.2. O Proponente e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao Questionário de Avaliação de Risco, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

8.2.2.3. O Proponente é obrigado a declarar, sob pena de nulidade do contrato, seu interesse sobre a vida e a incolumidade do Segurado. Presume-se o interesse quando o Segurado for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do terceiro cuja vida ou integridade física seja objeto do Seguro celebrado.

8.2.2.4. Adicionalmente, na Proposta, deverão ser fornecidas à Seguradora as seguintes informações cadastrais:

a) Pessoa Física:
a.1) nome completo;
a.2) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/ME;
a.3) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;
a.4) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal;
a.5) número de telefone e código DDD;
a.6) estado civil;
a.7) profissão;
a.8) renda mensal; e
a.9) enquadramento na condição de Pessoa Politicamente Exposta, se for o caso.

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) as informações do Item a para controladores até o nível de pessoa natural, principais administradores e procuradores;
b. 7) as informações do Item a para beneficiários finais.

8.2.3. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e da hora de seu recebimento, desde que satisfeitos todos os requisitos formais necessários.

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

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

8.2.5. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido para aceite ou recusa da proposta, poderá solicitar documentos

e/ou informações complementares para análise e aceitação da proposta. 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.

8.2.6. Poderá ser aceito como Segurado, todo o proponente que esteja, na data de adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em condições normais de saúde **e com idade conforme definido no Contrato Coletivo e na Proposta de Contratação**.

8.2.7. A recusa do risco será comunicada pela seguradora ao Proponente, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.

8.2.8. A ausência de manifestação da seguradora por escrito no prazo previsto no item 8.2.4, respeitadas as condições de suspensão caracterizará a aceitação tácita da proposta.

8.2.9. O pagamento do Prêmio não caracterizará a aceitação automática da Proposta de Adesão.

8.3. A aceitação da Proposta de Adesão, alteração ou renovação se formalizará com a emissão do Certificado Individual de seguro pela Seguradora no início do contrato e em cada renovação, em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da aceitação da Proposta.

8.4. A data de aceitação da Proposta será:

I. A data de emissão/disponibilização do Certificado Individual; ou
II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 8.2.4, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

8.5. Se o Segurado desejar alterar as condições contratadas, deverá solicitá-lo por escrito à Seguradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

8.5.1. A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora aceitando a alteração pedida pelo Segurado ou pelo Estipulante ou Subestipulante (se houver). A simples solicitação não caracterizará, por si só, a aceitação pela Seguradora, que terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do risco, observado o disposto no item 8.2.5 desta cláusula.

8.6. Serão considerados como pendentes, sem início de contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

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

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

8.9. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

9. BENEFICIÁRIOS

A) COBERTURA DE MORTE

9.1. No caso de ocorrência de morte do segurado, a indenização correspondente à cobertura básica de Morte

– M será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado na proposta de adesão.

9.2. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

9.3. Na falta de indicação expressa de Beneficiário, 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.

9.3.1. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

9.3.2. 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

9.3.3. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

9.4. Na falta das pessoas indicadas no item 9.1, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

9.5. 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.

9.6. Em caso de falecimento do único beneficiário indicado no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos beneficiários legais, conforme o item 9.3.

9.7. Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo segurado a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.

9.8. Em caso de falecimento simultâneo do segurado com um dos beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras do item 9.7, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.

9.9. O segurado pode, a qualquer tempo, substituir o beneficiário, mediante encaminhamento de formulário devidamente preenchido e assinado, nomeando os novos beneficiários.

9.9.1. Qualquer alteração de beneficiário somente terá validade 24 (vinte e quatro) horas da data de protocolo na seguradora da correspondência efetivamente assinada pelo segurado.

9.9.2. Em caso de não recebimento da formalização de alteração de beneficiário, devidamente assinada pelo segurado, a seguradora aplicará a distribuição do capital segurado conforme a indicação imediatamente anterior.

9.10. Em caso de indicação de beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do segurado

de forma intencional, ou ainda, na impossibilidade de pagamento ao(s) beneficiário(s) indicado(s), a indenização será paga conforme disposto na Lei.

9.11. Não será admitida a indicação ou substituição de beneficiário por procuração.

9.12. 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).

B) COBERTURA DE INVALIDEZ

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

10. CAPITAIS SEGURADOS

10.1. O capital segurado contratado para cada uma das coberturas será estabelecido na apólice e nos respectivos certificados individuais do seguro.

10.2. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de evento coberto, respeitando as condições contratuais e os limites estabelecidos para cada cobertura contratada.

10.3. Os capitais segurados do segurado dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer coberturas, não podem ser superiores ao do segurado principal.

10.4. Poderá ser efetuado o aumento dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se aceitos pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência no 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão e a declaração pessoal de saúde e atividades, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para hipótese de suicídio.

10.5. Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo índice previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS E ALTERAÇÃO DE VALORES.

10.6. O estipulante fica ciente que, para o aumento do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e em plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado não declarada na proposta de adesão, o pagamento da indenização prevista para a cobertura de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou subestipulante (se houver) e/ou segurado.

10.7. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1. A forma de custeio do seguro será estabelecida no contrato de seguro, com base nas seguintes possibilidades:

a) **Contributário:** aquele em que o segurado paga o seguro total ou parcialmente;
b) **Não-Contributário:** aquele que o estipulante e/ou subestipulante (se houver) paga a totalidade do seguro.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1. O Prêmio do Seguro é periódico e deverá ser pago, pelo Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) de acordo com a modalidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual), conforme opção indicada na Proposta de Contratação e/ou de Adesão, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.

12.1.1. O pagamento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação e/ou de Adesão. Cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

12.1.2. Se aplicável, a Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, ou ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), 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.

12.1.3. Se o Segurado, seu representante, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), ou o Corretor que intermediar a contratação, não receberem o documento de cobrança, seja da parcela única à vista ou de qualquer uma das parcelas (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, conforme modalidade escolhida) no prazo estabelecido na Cláusula 12.1.2, deverão solicitar à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data do seu vencimento.

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

12.3. Quando a data de vencimento para o pagamento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.

12.4. 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 Segurado ou do responsável pelo pagamento a responsabilidade de autorização do débito junto ao banco escolhido.

12.5. A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO PODERÁ CARACTERIZAR INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NAS CLÁUSULAS 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

12.6. Durante a vigência da Apólice/Certificado Individual, o Segurado, 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.

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

VENCIMENTO, CARACTERIZA A NÃO EFETIVAÇÃO DO SEGURO.

12.8. A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NO PRAZO DEVIDO ACARRETARÁ A COBRANÇA DO PRÊMIO VENCIDO ACRESCIDO DE MULTA DE 2% E JUROS DE MORA CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS E ALTERAÇÃO DE VALORES, SENDO APLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E NA CLÁUSULA 19 – PERDA DE DIREITOS.

12.9. O prêmio será calculado com base na idade ou faixa etária do segurado, na data de adesão e será reenquadrado anualmente sempre que o segurado atingir nova idade ou faixa etária, conforme definido no contrato de seguro.

12.10. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a idade ou faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, constarão nas condições contratuais e serão disponibilizados aos proponentes quando da adesão ao seguro.

12.11. Na renovação anual da apólice e sem prejuízo da atualização monetária prevista na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS E ALTERAÇÃO DE VALORES, o valor do prêmio do seguro, poderá ser reavaliado com o estipulante e/ou subestipulante (se houver), com base na composição etária do grupo segurado e os respectivos capitais segurados.

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

12.13. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA, CONFORME O DISPOSTO NAS CLÁUSULAS 15 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE E 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA.

12.14. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, será observado o disposto das Cláusulas 13 –PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

13. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

13.1. 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 90 (NOVENTA) DIAS.

13.1.1. 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 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS E ALTERAÇÃO DE VALORES.

13.1.2. 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.

13.2. 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.

13.3. 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.

14. SEGURADOS AFASTADOS

14.1. O prêmio do segurado afastado para tratamento de saúde, em decorrência de doença, deverá ser pago normalmente à seguradora.

14.2. É vedada, ao segurado afastado, toda e qualquer alteração individual do capital segurado, decorrente de aumento por promoção, durante seu afastamento.

14.3. Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra seguradora, será mantido no novo seguro, o segurado principal afastado do serviço ativo por doença, desde que atendidas às demais exigências da proposta e do contrato de seguro.

15. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE

15.1. A vigência da apólice coletiva estará estabelecida no contrato de seguro e na própria apólice, tendo início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida para tal fim.

15.2. A apólice poderá ser renovada automaticamente, por período igual, uma única vez, salvo se a Seguradora, o Estipulante e/ou Subestipulante ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento da vigência da apólice, comunicar por escrito o seu desinteresse.

15.3. As renovações posteriores à primeira deverão ser expressas entre as partes, seguradora e estipulante, sendo que cabe à seguradora, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência à data de renovação, comunicar por escrito o interesse pela renovação do seguro. As renovações posteriores à primeira deverão ser expressas entre as partes, por meio do preenchimento e apresentação da Proposta pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e/ou Corretor de Seguros, nos termos da Cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO das Condições Gerais, com no mínimo de 25 (vinte e cinco) dias antes do término da Vigência da Apólice.

15.3.1. Caso a Proposta seja enviada à Seguradora em desacordo com o prazo estabelecido acima, a Seguradora poderá, em caso de aceitação da Proposta, fixar a data de início da Vigência do novo contrato diferentemente da data do término da Vigência do presente Seguro, hipótese em que não haverá cobertura no período compreendido entre o término da Vigência do presente Seguro e o início da Vigência do novo contrato.

15.4. A aceitação da proposta, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão do respectivo endosso.

15.5. O endosso terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nele indicado.

15.6. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente, respeitado o disposto no item 15.7 desta cláusula.

15.7. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

15.8. Se a modificação for por força do reenquadramento por idade ou faixa etária, conforme previsto nos itens 12.5 e 12.6 da Cláusula 12 – PAGAMENTO DO PRÊMIO, não haverá a necessidade da anuência expressa de ¾ (três quartos) do grupo segurado.

15.9. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

15.10. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual aos segurados.

15.11. Nenhuma alteração deste contrato é válida se não for feita por escrito por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela seguradora com a concordância do estipulante.

15.12. A renovação ou a prorrogação do seguro, quando não automática ou se implicar alteração de conteúdo de cobertura ou financeiro mais favorável aos segurados e aos beneficiários, poderá ser intermediada por outro Corretor de Seguro, de livre escolha do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver).

15.13. Quando não prevista no contrato anterior, a modificação do conteúdo dos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, em caso de renovação, dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado ou seu(s) representante(s).

15.14. Para as Apólices vigentes há menos de 10 anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias antes do término da Vigência da Apólice; e

15.15. Para as Apólices renovadas sucessiva e automaticamente por mais de 10 (dez) anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio de no mínimo 90 (noventa) dias antes do término da Vigência da Apólice.

15.16. O seguro não poderá ser renovado caso não atingido o número mínimo de vidas estabelecido, além de a Apólice poder ser cancelada, observado o disposto nestas Condições Gerais.

16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

16.1. A vigência da cobertura individual terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no certificado individual do seguro.

16.1.1. Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas com o pagamento antecipado do valor de prêmio, o início de vigência da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

16.1.2. Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento antecipado de prêmio, o início de vigência da cobertura do certificado individual deverá coincidir com a data de

aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

16.2. O prazo de vigência da cobertura individual vigorará pelo prazo determinado no certificado individual do seguro, desde que não ultrapasse o fim de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante e/ou subestipulante (se houver), obrigatoriamente, de forma expressa, por escrito, observando as Cláusulas 15 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA.

16.3. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

16.4. A cobertura individual terá vigência pelo período em que a apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, exceto nas hipóteses previstas na Cláusula 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS E ALTERAÇÃO DE VALORES

17.1. O índice utilizado para atualização monetária, em moeda nacional, será o IPCA/IBGE – ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

17.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice indicado no item anterior, o índice substituto será o IGP–M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.

17.2. A atualização monetária, com base na variação do índice estabelecido no item 17.1 desta cláusula será devida para as seguintes situações:

17.2.1. O capital segurado e o prêmio do seguro serão atualizados anualmente, no vencimento do certificado individual do seguro **ou** segundo a variação do salário/provento, **ou** segundo outros fatores objetivos, conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.

17.2.1.1. As atualizações serão calculadas com base na variação positiva apurada do acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao vencimento do certificado individual de seguro.

17.2.1.2. Não caberá atualização monetária nos contratos de seguros com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano.

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

17.2.1.4. A atualização mencionada no subitem 17.2.1 se aplicará a todos os segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os segurados ativos.

17.2.2. Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice, a partir da data em que se tornarem exigíveis, até a data de sua efetiva devolução, considerando que:

a) **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) **No caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo prêmio;

c) **No caso de Recusa da Proposta:** a partir da data de recebimento do prêmio.

17.2.3. Os valores dos prêmios em atraso sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice, a partir da data de vencimento da parcela até a data de seu efetivo pagamento.

17.2.4. Os valores das indenizações de sinistros sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice estabelecido, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, a partir da data de ocorrência do evento – ou, se for o caso de reembolso, a partir do dispêndio – até a data do efetivo pagamento, **somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.**

17.3. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.2 DESTA CLÁUSULA, APLICAR-SE-ÃO NAS SITUAÇÕES PREVISTAS NOS SUBITENS 17.2.2, 17.2.3 E 17.2.4, JUROS MORATÓRIOS, DE 1,0 (UM POR CENTO) AO MÊS "PRO RATA TEMPORIS", A PARTIR DA DATA DEFINIDA PARA CADA PREVISÃO ATÉ A DATA DO SEU EFETIVO PAGAMENTO.

17.4. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.2 E 17.3 DESTA CLÁUSULA, APLICAR-SE-ÃO NAS SITUAÇÕES PREVISTAS NO SUBITEM 17.2.4 multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido corrigido monetariamente.

17.5. 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 de seguro.

18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

18.1. A cobertura individual de cada segurado termina, sem qualquer restituição de prêmio:

a) Com o falecimento do segurado principal;
b) Com o cancelamento ou a não renovação da apólice ou do certificado individual, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;
c) Com o pagamento do capital segurado contratado, quando a cobertura prever a exclusão do segurado da apólice contratada;
d) Na data em que for protocolado na seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado;
e) Com a perda do vínculo entre o segurado principal e o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver);
f) Se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 19 – PERDA DE DIREITOS:
g) No caso de cessação da condição de dependente do segurado principal;
h) Quando o segurado, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), deixar de pagar o prêmio do seguro, conforme CLÁUSULA 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;
i) Com o CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA por quaisquer das situações previstas na Cláusula 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA;
j) Quando terminar o período de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitando o prêmio de seguro efetivamente pago;

k) 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;

l) A qualquer tempo, com a concordância recíproca das partes contratantes.

19. PERDA DE DIREITOS

19.1. 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:

19.1.1. 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.

19.1.1.1. 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.

19.1.2. 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.

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

19.1.3. 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.

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

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

19.1.3.2.1. 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.

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

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.

19.1.3.2.1. 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.

19.1.4. 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.

19.2. 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):

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

19.2.2. 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.

19.3. 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.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA

20.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 –PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, a apólice de seguro ficará automaticamente cancelada, sem qualquer restituição de prêmios:

a) Por mútuo acordo entre a seguradora e o estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos, ¾ (três quartos) do grupo segurado, respeitado o prazo de aviso prévio mínimo de 60 (sessenta) dias;
b) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das condições contratuais da apólice;
c) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo(s) estipulante(s), subestipulante(s) e/ou preposto, devidamente comprovada na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;
d) Quando o estipulante e/ou o subestipulante(s) deixar de efetuar o pagamento ou repasse dos prêmios do seguro, observado o disposto na Cláusula 13 –PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA destas condições gerais;
e) No final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
f) Se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 19 – PERDA DE DIREITOS;
g) Se não for atingido o número mínimo de vidas exigidas para a contratação, manutenção e/ou renovação do seguro.

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

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

21. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

21.1.1. Ocorrendo qualquer um Sinistro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente a seguradora, fornecendo, juntamente com o Aviso de Sinistro, todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências e documentação básica prevista na Cláusula 21.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

21.1.2. Caso a documentação apresentada no Aviso de Sinistro seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, que faça referência a outros documentos e fatos não disponibilizados, a Seguradora informará ao Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a lista de documentos faltantes e necessários à Regulação do Sinistro.

21.1.3. Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações previstas na Cláusula 21.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s), a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice, 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.

21.1.4. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o regulador de Sinistro poderão solicitar outras informações e/ou documentos complementares, além daqueles elencados como documentação básica prevista na Cláusula 21.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

21.1.5. 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.

21.1.6. 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.

21.1.7. A não entrega dos documentos básicos previstos na Cláusula 21.2 e 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.

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

21.1.9. Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos na Cláusula 21.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.

21.1.10. 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.

21.1.11. 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.

21.1.12. 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.

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

21.2. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA A REGULAÇÃO DE SINISTROS

21.2.1. Para a análise e regulação do Sinistro, o Segurado, o(s) beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) apresentar, no Aviso de Sinistro, os documentos abaixo relacionados:

a) **Cópia do RG e CPF do segurado e da pessoa que sofreu sinistro;**
   - **Na falta do RG do(s) beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;**
   - **Independente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles;**

b) **Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e da pessoa que sofreu o sinistro. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;**

c) **Comprovante de vínculo empregatício, cópia dos 3 (três) últimos holerites, ficha de registro de empregado e rescisão contratual do(a) segurado(a), se cabível;**

d) **Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – Pessoa Física devidamente preenchido.**

e) Certidão e declaração de óbito do segurado.

f) **Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – B.O., se cabível;**

g) **Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o segurado for o condutor, se cabível;**

h) **CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante período de trabalho), se cabível;**

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

j) **Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente, se cabível;**

k) **Cópia dos Laudos de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o(a) segurado(a) tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível.**

l) **Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:**

i. **Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):**

- **Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);**
- **Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);**

m) **Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do segurado, necessária somente**
caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo;

n) **Em caso de companheira(o), enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a).**

a) **Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento:**

- **Na falta dos filhos indicar o nome dos pais, na falta, a dos avós, e na falta desses os dos irmãos do(a) segurado(a);**
- **Em caso de falecimento de um dos herdeiros (descendente ou ascendente) deverá ser encaminhado a certidão de óbito atualizada.**

21.2.1.1. No caso do falecimento do cônjuge ou companheiro(a), e sogros, além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Casamento ou declaração oficial que ateste a condição de companheiro(a).

21.2.1.2. No caso de falecimento dos filhos, além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Nascimento.

21.2.2. Eventuais despesas e encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão 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.

21.2.3. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos exigidos para habilitação do(s) beneficiário(s) correrão por conta dos interessados no pagamento de eventual capital segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

21.2.4. Independentemente dos documentos exigidos pela seguradora nas condições especiais de cada cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento.

21.2.5. 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.

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

21.2.7. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade/invalidez relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.

21.2.8. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.**

21.2.9. 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.

21.2.10. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.

21.2.11. 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.

21.2.12. O segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado através de seu médico assistente.

21.2.13. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

21.2.14. Não será aceito, para fins do pagamento do capital segurado, relatório emitido por médico que seja próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.

21.3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.3.1. Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro a Seguradora providenciará a prestação do serviço ou reembolso ou o pagamento do Capital Segurado conforme cobertura contratada, deduzida a Franquia estipulada na Apólice, se existente.

21.3.2. Em caso de Sinistro amparado por mais de uma cobertura, serão deduzidas a Franquia correspondente a cada cobertura individualmente, quando houver.

21.3.3. O Segurado ou Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, todos os documentos previstos na Cláusula 21.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

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

21.3.5. 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 da indenização 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.

21.3.6. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o liquidante do Sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por 01 (uma) única vez, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

21.3.7. Se, após o pagamento do capital segurado, 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.

21.4. Para a Cobertura de Decessos o valor a ser reembolsado aos beneficiários será igual ao valor da Nota Fiscal, limitado ao valor do capital segurado respectivo vigente na data do evento. Para as coberturas cujo a indenização não é feito por reembolso, a indenização será igual ao capital segurado contratado.

21.4.1. Havendo comprovação de má-fé ou fraude, o beneficiário deverá reembolsar à seguradora todo o valor correspondente às despesas gastas com o funeral do segurado.

21.4.2. Caso proceda a recusa do sinistro após a prestação dos serviços funerários, a seguradora poderá requerer do beneficiário o valor correspondente às despesas com o funeral do segurado.

21.5. As providências ou os atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiários ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

21.6. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

21.7. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

21.8. A não entrega dos documentos solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejerá no arquivamento do processo de sinistro administrativamente. O processo poderá ser reaberto a qualquer tempo, mediante solicitação do segurado ou beneficiário com a apresentação dos documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto na legislação vigente.

21.9. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a seguradora venha a praticar após o aviso do sinistro não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer

capital segurado. A seguradora poderá exigir a autenticação das cópias dos documentos necessários à análise.

21.10. Não será aceito, para fins do pagamento do capital segurado, relatório emitido por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.

21.11. 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.

21.12. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) beneficiário(s) correrão por conta dos interessados no pagamento de eventual capital segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

21.13. Independentemente dos documentos exigidos pela seguradora nas condições especiais de cada cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento.

21.14. 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.

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

21.16. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.

21.17. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.**

21.18. 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.

21.19. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.

21.20. 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.

21.21. O segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos

os dados clínicos e cirúrgicos do segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado através de seu médico assistente.

21.22. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento, pago em parcela única.

21.23. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pela variação positiva do índice pactuado na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS E ALTERAÇÃO DE VALORES, apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

22. ALTERAÇÕES NA APÓLICE

22.1. Eventuais alterações podem ser processadas em consequência de acordo entre a seguradora e o estipulante na renovação da apólice, respeitados os compromissos firmados com os segurados com contratos anteriores às alterações.

22.1.1. Quando não prevista no contrato anterior, a modificação do conteúdo dos seguros coletivos, em caso de renovação, dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo.

22.2. Caso o estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato **que impliquem em ônus, deveres adicionais ou redução de seus direitos aos segurados,** ao longo de sua vigência, deverá apresentar à seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado, observado o disposto na Cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.

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 do subestipulante (se houver):

a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do Grupo Segurável, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;
b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
c) Fornecer ao segurado 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;, quando for o caso;**
e) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
f) Repassar os prêmios de seguro à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, quando for o caso;
g) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
h) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;
i) 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;
j) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a avaliação do risco e o pagamento do capital segurado;
k) Comunicar de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
m) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, seu CNPJ, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante ou subestipulante (se houver);
n) Cumprir todas as cláusulas e Condições Contratuais; e
o) Verificar no momento da inclusão ao seguro, se algum componente do Grupo Segurável 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.

23.2. No caso de seguros contributários, é vedado ao estipulante e ao subestipulante (se houver):
a) Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado;
c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

23.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro, conforme previsão existente no item 18.1, alínea "b", da Cláusula 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e sujeita o estipulante ou subestipulante às cominações legais.

23.4. O estipulante e/ou o subestipulante (se houver) deverá, obrigatoriamente, fornecer à seguradora as seguintes informações cadastrais, observadas as condições e prazos da normatização e legislação em vigor:
a) Nome completo;
b) Número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/MF; número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data de expedição; ou número do Passaporte, com identificação do País de expedição;
c) Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação);
d) Número de telefone e código de DDD, se houver;
e) Profissão;
f) Patrimônio estimado ou faixa de renda mensal; e
g) Enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso.

23.5. Mensalmente, até a data estabelecida no contrato de seguro, deverá ser enviado à seguradora por meio de arquivo eletrônico as informações necessárias para o cálculo do Prêmio/Faturamento, incluindo o nome do segurado, sexo, matrícula, salário, CPF, data de nascimento e data de inclusão, este arquivo deve conter todos os segurados. Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado no contrato de seguro, o faturamento será efetuado com base nos dados do período anterior, e o acerto após recebimento dos dados corretos, será efetuado no faturamento do período de competência posterior. De posse dos dados, a seguradora emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento estabelecida no contrato do seguro para pagamento.

23.6. Nos seguros contributários ou parcialmente contributários, o Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, ficará o Estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do Prêmio do seguro de cada Segurado.

23.7. 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.

23.8. 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.

23.9. Cabe ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), além de outras atribuições que decorram de lei ou de convenção, assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

23.10. Salvo disposição em contrário, o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) é o único responsável perante a seguradora pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a de pagar o prêmio.

23.11. Na contratação do seguro em favor de terceiro, ainda que decorrente de cumprimento de dever, não poderá ser suprimida a escolha da Seguradora e do Corretor de Seguro por parte do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver).

23.12. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) poderá(ão) substituir processualmente o segurado ou o beneficiário para exigir, em favor exclusivo destes, o cumprimento das obrigações derivadas do contrato.

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do estipulante e/ou corretor de seguros, somente poderão ser feitas com autorização prévia, expressa, e de supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro.

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

25. PRESCRIÇÃO

25.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

26. FORO

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

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

27. DISPOSIÇÕES GERAIS

27.1. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

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

27.3. O REGISTRO DESTE PLANO NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU

RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

27.4. O SEGURADO PODE CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DO SEU CORRETOR DE SEGUROS NO SITE WWW.SUSEP.GOV.BR, PORTANDO O NÚMERO DO REGISTRO DELE NA SUSEP, SEU NOME COMPLETO, CNPJ OU CPF.

27.5. ESTE PLANO DE SEGURO É ESTRUTURADO EM 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 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 HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS DE SEGURO AO SEGURADO, AO BENEFICIÁRIO, AO ESTIPULANTE OU AO SUBESTIPULANTE (SE HOUVER).

27.6. AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS/REGULAMENTO DESTE PRODUTO PROTOCOLIZADAS PELA SOCIEDADE/ENTIDADE JUNTO À SUSEP PODERÃO SER CONSULTADAS NO ENDEREÇO ELETRÔNICO WWW.SUSEP.GOV.BR, DE ACORDO COM O NÚMERO DE PROCESSO CONSTANTE DA APÓLICE OU NA PROPOSTA DE SEGURO.

27.7. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

28. OBJETIVO DA COBERTURA

28.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, o pagamento aos beneficiários do capital segurado contratado, em caso de morte natural ou acidental do segurado, **devendo este último ser em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto,** em consequência de evento ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

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

28.3. Esta cobertura poderá ser contratada em conjunto ou separadamente com a cobertura básica de Decessos – DEC.

29. CAPITAL SEGURADO

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

30. DATA DO EVENTO

30.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data de falecimento do segurado, conforme Certidão de Óbito.

31. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

31.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverá ser apresentado o documento a seguir relacionado:

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

32. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA BÁSICA DE DECESSOS – DEC

33. OBJETIVO DA COBERTURA

33.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, 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), filhos, pais e sogros, se contratado o plano Familiar, decorrente de causas naturais ou acidentais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

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

33.3. Esta cobertura poderá ser contratada em conjunto ou separadamente com a cobertura básica de Morte – M.

34. DEFINIÇÕES

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

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:

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

35. RISCOS COBERTOS

35.1. A presente cobertura garante o reembolso dos gastos funerários ou a prestação de serviço, **limitado ao valor de capital segurado contratado,** no caso de falecimento, por causas naturais ou acidentais, do segurado principal ou de seus dependentes **de acordo com o plano contrato** e conforme as modalidades apresentadas nesta cláusula, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

35.2. Os planos oferecidos no seguro são os seguintes:

a) Individual: Fica coberto somente o segurado principal;

b) Familiar I: Ficam cobertos o segurado principal, seu cônjuge/companheiro(a) e filho(s) considerado(s) dependente(s) de acordo com a legislação em vigor;

c) Familiar II: Ficam cobertos o segurado principal, seu cônjuge/companheiro(a), filho(s) considerado(s) dependente(s) de acordo com a legislação em vigor e seus pais;

d) Familiar III: Ficam cobertos o segurado principal, seu cônjuge/companheiro(a), filho(s) considerado(s) dependente(s) de acordo com a legislação em vigor, seus pais e sogros.

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

35.2.2. No plano familiar não será permitida a participação simultânea no seguro na condição de "segurado principal e segurado dependente" se cônjuge/companheiro(a), filhos, pais e sogros forem vinculados ao mesmo estipulante por meio empregatício ou associativo. Nesse caso a adesão apenas poderá ocorrer na condição de segurados principais.

35.3. O segurado, na contratação, poderá optar pela prestação do serviço em substituição ao reembolso.

35.4. 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.

35.5. Caso o beneficiário opte pelo reembolso:

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

35.6. Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:

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 contratado;
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:

iv. 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;
v. Irá à funerária do município onde será feito o sepultamento e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
vi. 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:

vii. 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.

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:

viii. 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.

ix. 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.

x. 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 e aos valores efetivamente gastos.

35.7. Entende-se por "despesas com funeral" a cobertura das despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível no município de moradia 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) Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
i) Repatriamento (até o município de moradia habitual);
j) Paramentos (essa);
k) Mesa de condolências;
l) Velas;
m) Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
n) Véu; e
o) Um enfeite e uma coroa.

35.8. Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infra-estrutura local. Não caberá a seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.

35.9. 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 ULTRAPASSAR O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPOSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**

35.10. 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.**

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

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

Não havendo jazigo da família será alugado jazigo pelo período de até 3 (três) anos em cemitério público, conforme legislação local. E quando não for possível o aluguel em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com prefeitura local, respeitado o valor do capital segurado contratado.

35.12. 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).

35.13. Transmissão de Mensagens Urgentes: Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, a seguradora poderá, mediante solicitação do interessado, transmitir para a família do segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes, pré-definidas pelo interessado, sobre o acontecimento.

36. RISCOS EXCLUÍDOS

36.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS 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 JAZIGO, TERRENOS E CARNEIROS.

37. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

37.3. 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.

38. DATA DO EVENTO

38.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

39. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

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

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

40. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

40.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 –PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA, das condições gerais, esta cobertura cessa:

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

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

40.1.2. 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.

41. BENEFICIÁRIOS

41.1. 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, nos casos de solicitação de reembolso.

41.2. 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.

42. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

42.2. Em caso de reembolso, para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o segurado;
b) Original das notas fiscais e recibos das despesas com o funeral;
c) RG/RNE e CPF do contratante da nota fiscal;
d) Cópia do comprovante de residência em nome do contratante da nota fiscal. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado.

42.3. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

42.4. Caso proceda a recusa do sinistro após a prestação dos serviços funerários, a seguradora poderá requerer do beneficiário ou do segurado principal o valor correspondente às despesas com o funeral do segurado.

43. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL – MA

44. OBJETIVO DA COBERTURA

44.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento aos beneficiários do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto,** ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

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

45. CAPITAIS SEGURADOS

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

45.2. Os capitais segurados das coberturas adicionais de Morte Acidental – MA e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, quando contratadas, não se acumulam. Se, depois de pago o capital pela cobertura de invalidez permanente, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental – MA, deduzindo-se o valor já pago pela invalidez permanente por acidente.

45.3. Os capitais segurados da cobertura básica de Morte – M e da cobertura adicional de Morte Acidental – MA, quando contratadas, se acumulam na ocorrência de acidente pessoal coberto.

46. DATA DO EVENTO

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

47. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

48. OBJETIVO DA COBERTURA

48.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado contratado em caso de falecimento do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, em consequência de crime cometido contra o segurado,** ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

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

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

49. RISCOS COBERTOS

49.1. A presente cobertura garante o pagamento aos beneficiários de indenização correspondente a 10% (dez por cento) do capital segurado contratado **para a cobertura adicional de Morte Acidental,** em caso de falecimento do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto em consequência de crime cometido contra o segurado,** conforme especificado na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais e Cláusula 53 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

50. RISCOS EXCLUÍDOS

50.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÁ EXPRESSAMENTE EXCLUÍDO DESTA COBERTURA ADICIONAL:

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

51. CAPITAIS SEGURADOS

51.1. O capital segurado corresponde a 10% (dez por cento) do capital segurado contratado para a cobertura adicional de Morte Acidental – MA.

51.2. Os capitais segurados da cobertura básica de Morte – M e da cobertura adicional de Morte Acidental Decorrente de Crimes – MA–C, quando contratadas, se acumulam na ocorrência de acidente pessoal coberto.

51.3. Os capitais segurados das coberturas adicionais de Morte Acidental – MA e de Morte Acidental Decorrente de Crimes – MA–C, quando contratadas, se acumulam na ocorrência de acidente pessoal coberto.

51.4. Os capitais segurados das coberturas adicionais de Morte Acidental Decorrente de Crimes – MA–C e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, quando contratadas, não se acumulam. Se, depois de pago o capital pela cobertura de invalidez permanente, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte

Acidental Decorrente de Crimes – MA–C, deduzindo-se o valor já pago pela invalidez permanente por acidente.

52. DATA DO EVENTO

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

53. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

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

a) Homicídio;
b) Tentativa de homicídio culposo;
c) Latrocínio;
d) Aborto provocado por terceiro (sem consentimento da gestante); e
e) Lesão corporal de natureza grave.

54. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

54.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 –PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA, das condições gerais, esta cobertura cessa na seguinte situação:

a) Com o cancelamento da cobertura adicional de Morte Acidental – MA.

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

55. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

56. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

57. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

57.1. Entende-se como Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a ser pago em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no Anexo I desta cobertura, 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 57.9 desta cláusula.

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

57.3. 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 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).**

57.4. 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.

57.5. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez em 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 individual. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

57.6. 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.

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

57.8. 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.

57.9. 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.

58. RISCOS EXCLUÍDOS

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

A) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;

B) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;

C) OS ERROS MÉDICOS;

D) AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, INCLUSIVE A LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;

E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;

F) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO; E

G) PERDA DE DENTES, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO.

59. CAPITAIS SEGURADOS

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

59.2. Os capitais segurados 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.

59.3. Os capitais segurados das coberturas adicionais de Morte Acidental – MA e 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.

59.4. Os capitais segurados das coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crimes – IPA–C, quando contratadas, se acumulam na ocorrência de acidente pessoal coberto, **observado as definições da Cláusula 79 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crimes – IPA–C destas condições especiais.**

60. DATA DO EVENTO

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

61. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

62. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

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

63. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

64. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

ANEXO I

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

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

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	**DISCRIMINAÇÃO**	**% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA**
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda Total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda Total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09

	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, indenização equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	06
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau máximo	15
	Em grau médio	10
	Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fístulas	25
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	7
	Lesões da pálpebra	

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

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

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

65. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

66. RISCOS COBERTOS

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

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

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

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

66.4. Esta cobertura não é extensiva aos segurados dependentes.

67. RISCOS EXCLUÍDOS

67.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL TODOS OS RISCOS EXCLUÍDOS CONSTANTES NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS E NA CLÁUSULA 58 – RISCOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA, DESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

68. CAPITAIS SEGURADOS

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

68.2. Caso seja devido o pagamento desta cobertura, a indenização se acumulará à Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

69. DATA DO EVENTO

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

70. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

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

71. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

71.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos relacionados na Cláusula 63 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

72. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

73. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

74. RISCOS COBERTOS

74.1. A presente cobertura garante o pagamento correspondente a 10% (dez por cento) do capital segurado contratado para a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, em caso de invalidez permanente total ou parcial, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto em consequência de crime cometido contra o segurado,** conforme especificado na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais e Cláusula 79 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE, ocorrido durante a vigência do seguro.

74.2. Aplicam-se à esta cobertura as condições definidas na CLÁUSULA 57 – CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE das condições especiais da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, para fins de comprovação da invalidez.

75. RISCOS EXCLUÍDOS

75.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NAS CLÁUSULAS 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS E 58 – RISCOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA, ESTÁ EXPRESSAMENTE EXCLUÍDO DESTA COBERTURA ADICIONAL:

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

76. CAPITAIS SEGURADOS

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

76.2. As indenizações pelas coberturas de Morte e 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.

77. DATA DO EVENTO

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

78. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

79. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

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

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

80. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

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

81. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

81.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos relacionados na Cláusula 63 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

82. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

83. OBJETIVO DA COBERTURA

83.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento ao segurado do capital segurado contratado, caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido, pela perda ou impotência funcional definitiva e total de membro ou órgão conforme especificado na Cláusula 84 – RISCOS COBERTOS, 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.**

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

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

84. RISCOS COBERTOS

84.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente **em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto,** especificado na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, ocorrido durante o período de vigência do seguro.

84.2. Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda 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 84.9, a ser pago em virtude de lesão física exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observado o disposto no item 84.6 desta cláusula.

84.3. No caso de Invalidez Permanente Total decorrente de acidente pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a existência de Invalidez Permanente Total quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura, de acordo com a "Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente", descrita no item 84.9 desta cláusula.

84.4. QUANDO DE UM MESMO ACIDENTE RESULTAR INVALIDEZ DE MAIS DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO, da tabela constante no item 84.9 a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado. Da mesma forma, HAVENDO DUAS OU MAIS LESÕES EM UM MESMO MEMBRO OU ÓRGÃO, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

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

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

84.7. As indenizações pelas coberturas de Morte e 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.

84.8. 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

85. RISCOS EXCLUÍDOS

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

A) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;

B) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;

C) OS ERROS MÉDICOS;

D) PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;

E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES.

86. CAPITAIS SEGURADOS

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

87. DATA DO EVENTO

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

88. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

88.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 –PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO

SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA das condições gerais, esta cobertura cessa:

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

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

89. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o segurado ou a pessoa que sofreu o sinistro, contendo o histórico do atendimento, o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
b) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia) do segmento (órgão ou parte do corpo).

90. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

91. OBJETIVO DA COBERTURA

91.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado contratado, caso seja caracterizada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consequente de doença que cause a perda da existência independente do segurado, sob critérios devidamente especificados nos RISCOS COBERTOS desta cobertura, ocorrida durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

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

91.3. Esta cobertura adicional NÃO poderá ser contratada em conjunto com as coberturas adicionais de Invalidez Funcional Permanente e Total Por Doença – Antecipação – IFPD–A e/ou Doença Terminal – DT.

92. DEFINIÇÕES

92.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, são aplicáveis à presente cobertura as seguintes definições:

Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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 prática dos atos da vida civil.

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

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

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

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.

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

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

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

Dados Antropométricos: peso e a altura do segurado.

Deambular: ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

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

Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

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

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença em Fase Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

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

Estado Conexo: representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença.

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

Hígido: saudável.

Perda da Existência Independente do Segurado: ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das suas Relações Autonômicas.

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

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

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

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

Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações

de conectividade com a vida.

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

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

Transferência Corporal: capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

93. RISCOS COBERTOS

93.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total exclusivamente em decorrência de doença que cause a perda da existência independente do segurado, ocorrida durante o período de vigência do seguro.

93.2. 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, provenientes exclusivamente de doenças:

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave",
b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
e) Doenças manifestas no sistema nervoso com 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 dois membros, em grau máximo;
f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
g) Deficiência visual, **decorrente de doença:**
   - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
   - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
   - Casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; e
   - 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 dois membros; ou
   - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
   - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

93.3. Demais Riscos Cobertos:

a) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF **(Anexo), conforme Anexo II destas**

condições contratuais, 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 dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, 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, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas;
g) Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

93.4. O quadro clínico incapacitante da Perda da Existência Independente deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos médicos devidamente especificados nas condições gerais e na Cláusula 98 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta cobertura.

93.5. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por médico legalmente habilitado.

94. RISCOS EXCLUÍDOS

94.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA 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, A REDUÇÃO OU A IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E/OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA DIRETA E/OU INDIRETA DE LESÃO FÍSICA E/OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;
B) OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR A ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL;
C) DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO.

95. CAPITAIS SEGURADOS

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

95.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob a forma de parcela única.

96. DATA DO EVENTO

96.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da caracterização da Invalidez Funcional e Permanente Total por Doença, indicada no relatório médico de que trata a Cláusula 98 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

~~**96.2.** A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja~~

assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

97. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

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

98. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

98.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada no relatório médico devidamente preenchido e assinado por médico que assistiu o segurado.

98.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

98.3. Do relatório médico deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido na Cláusula 93 – RISCOS COBERTOS, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

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

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

98.5. 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.

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

99.1. 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.

99.2. 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.

100. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

100.1. 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.

101. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

ANEXO II

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1 – TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1° 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
	2° GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10

	3° GRAU: **O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.**	**20**
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	**1° GRAU:** **O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.**	**00**
	2° GRAU: **O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).**	**10**
	3° GRAU: **O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.**	**20**

DOCUMENTO 2 – 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).	**02**
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	**02**
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	**04**
EXISTEM MAIS DE 2 (DOIS) FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	**04**
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	**08**

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

102. OBJETIVO DA COBERTURA

102.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, a antecipação do pagamento do capital segurado, relativo a cobertura básica de Morte – M, caso seja caracterizada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consequente de doença que cause a perda da existência independente do segurado, sob critérios devidamente especificados na Cláusula 104 – RISCOS COBERTOS, ocorrida durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

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

102.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte.

102.4. Esta cobertura adicional NÃO poderá ser contratada em conjunto com as coberturas adicionais de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD e/ou Doença Terminal – DT.

103. DEFINIÇÕES

103.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, são aplicáveis à presente cobertura, as seguintes definições:

Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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.

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

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

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

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.

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

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

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

Dados Antropométricos: peso e a altura do segurado.

Deambular: ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

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

Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

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

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

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

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

Estado Conexo: representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença.

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

Hígido: saudável.

Perda da Existência Independente do Segurado: ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das suas Relações Autonômicas.

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

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

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

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

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

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo de se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

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

104. RISCOS COBERTOS

104.1. A presente cobertura garante a antecipação do pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura básica de Morte – M, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total **exclusivamente em decorrência de doença que cause a perda da existência independente do segurado,** ocorrida durante o período de vigência do seguro.

104.2. 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, provenientes exclusivamente de doenças:

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";
b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
e) Doenças manifestas no sistema nervoso com 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 dois membros, em grau máximo;
f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
g) Deficiência visual, **decorrente de doença:**
   • Cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
   • Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
   • Casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
   • Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
h) Doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado;
i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
   • Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

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

104.3. 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), conforme Anexo II destas condições contratuais,** 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 dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos 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, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas;
g) Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

104.4. O quadro clínico incapacitante da Perda da Existência Independente deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos médicos devidamente especificados nas condições gerais e na Cláusula 109 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta cobertura.

104.5. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por médico legalmente habilitado.

105. RISCOS EXCLUÍDOS

105.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA 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, A REDUÇÃO OU A IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E/OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA DIRETA E/OU INDIRETA DE LESÃO FÍSICA E/OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;
B) OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR A ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL;
C) OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR A ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL;
D) AS DOENÇAS EM GERAL, CUJA ETIOLOGIA POSSA GUARDAR ALGUMA RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO, DIRETA OU INDIRETA, EM QUALQUER EXPRESSÃO, COM ATIVIDADE LABORATIVA EXERCIDA PELO SEGURADO, EM QUALQUER TEMPO PREGRESSO;
E) DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO;

F) AS DOENÇAS NAS QUAIS SE DOCUMENTE ALGUMA INTERAÇÃO E/OU INTERCORRÊNCIA RELACIONADAS A TRAUMATISMOS E/OU EXPOSIÇÕES A ESFORÇOS FÍSICOS, REPETITIVOS OU NÃO, E/OU A POSTURAS VICIOSAS;

G) OS QUADROS CLÍNICOS INCAPACITANTES, COM REPERCUSSÕES CLÍNICAS PARCIAIS QUE NÃO IMPLIQUEM EM PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO;

H) TODA E QUALQUER OUTRA CONDIÇÃO MÉDICA QUE NÃO SE ENQUADRE NOS CRITÉRIOS DEFINIDOS NA CLÁUSULA 104 – RISCOS COBERTOS.

106. CAPITAIS SEGURADOS

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

106.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob a forma de parcela única.

107. DATA DO EVENTO

107.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da caracterização da Invalidez Funcional e Permanente Total por Doença, indicada no relatório médico de que trata a Cláusula 109 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

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

108. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

108.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 –PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA das condições gerais, esta cobertura cessa:

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

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

109. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

109.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada no relatório médico devidamente preenchido e assinado por médico que assistiu o segurado.

109.2. Do relatório médico deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido na Cláusula 104 – RISCOS COBERTOS, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

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

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

109.4. 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.

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

110.1. 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.

110.2.**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.**

111. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

111.1. 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.

112. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

ANEXO III

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1 – TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1° 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
	2° GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10

	3° GRAU: **O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.**	**20**
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	**1° GRAU:** **O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.**	**00**
	2° GRAU: **O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).**	**10**
	3° GRAU: **O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.**	**20**

DOCUMENTO 2 – 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).	**02**
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	**02**
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	**04**
EXISTEM MAIS DE 2 (DOIS) FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	**04**
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	**08**

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH–A

113. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

114. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

115. RISCOS COBERTOS

115.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para cada dia de hospitalização do segurado, exclusivamente em decorrência de acidente pessoal coberto, especificado na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitado ao número máximo de diárias contratado, conforme descrito na Cláusula 117 – CAPITAIS SEGURADOS, **sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo de indenização com base nas despesas hospitalares incorridas.**

115.2. Estão cobertas as diárias de internação hospitalar do segurado, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória, por motivo de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, após o período de franquia previsto na Cláusula 119 – FRANQUIA.

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

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

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

116. RISCOS EXCLUÍDOS

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

A) DOENÇAS MENTAIS, PSIQUIÁTRICAS, ESTRESSE E DEPRESSÃO, INCLUINDO AS INTERNAÇÕES EM DEPARTAMENTOS PSIQUIÁTRICOS DE HOSPITAIS GERAIS OU PRONTOS-SOCORROS PARA TRATAMENTO DESTAS DOENÇAS E/OU AQUELAS QUE EXIJAM PSICANÁLISE, SONOTERAPIA OU PSICOTERAPIA;

B) INTERNAÇÕES DOMICILIARES (*HOME CARE*);

C) INTERNAÇÕES EM CLÍNICAS OU INSTITUIÇÕES PARA ACOMODAÇÃO OU TRATAMENTO DE IDOSOS, INCLUINDO ASILOS E CASAS DE REPOUSO;

D) DANOS ESTÉTICOS;

E) CIRURGIAS PLÁSTICAS, EXCETO AS PÓS-ACIDENTAIS RESTAURADORAS QUE SEJAM NECESSÁRIAS PARA RESTABELECIMENTO DO SEGURADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;

F) A PERDA DE DENTES OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE QUALQUER ESPÉCIE;

G) CERATOTOMIA (CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE MIOPIA);

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

I) INTERNAÇÕES HOSPITALARES PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA, ESPERA PARA A REALIZAÇÃO DE CIRURGIA, AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SANIDADE (*CHECK-UP*), REPOUSO OU GERIATRIA;

J) ESTADOS DE CONVALESCENÇA (APÓS A ALTA MÉDICA) E AS DESPESAS DE ACOMPANHANTES;

K) INTERNAÇÕES HOSPITALARES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE ESPECIALIDADES NÃO RECONHECIDAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA OU POR MÉDICOS QUE NÃO SEJAM LEGALMENTE HABILITADOS;

L) LESÕES CORPORAIS, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, DECORRENTES DE ACIDENTES OCORRIDOS ANTES DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL;

M) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS EXPERIMENTAIS E TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA;

N) ATOS CONTRÁRIOS A LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, INCLUINDO MOTOS, BARCOS, AERONAVES E ASSEMELHADOS, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO OU SEM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA OBRIGATÓRIOS POR LEI, COMO CAPACETES E CINTOS DE SEGURANÇA;

O) EVENTOS NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.

117. CAPITAIS SEGURADOS

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

117.2. Para esta cobertura adicional o capital segurado será definido na apólice, **respeitado o limite máximo de 60 (sessenta) diárias e, corresponde ao valor máximo de indenização diária devida na ocorrência de um sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento.**

117.2.1. Para os casos de re-internação, isto é, nova internação após alta médica, mas por causa do mesmo acidente, serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo contratado, não sendo considerado como outro evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.

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

118. DATA DO EVENTO

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

119. FRANQUIA

119.1. Para esta cobertura será aplicada franquia de 2 (duas) diárias, desta forma, inicia-se a cobertura a partir da 3ª (terceira) diária.

119.2. Para o cálculo da responsabilidade da seguradora e do capital segurado, considera-se a quantidade de diárias a partir da data de internação hospitalar subtraindo o período de franquia, conforme definido no item anterior desta cláusula.

120. BENEFICIÁRIOS

120.1. Será o próprio segurado.

121. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o segurado;
b) Cópia do Prontuário Médico com a descrição do tratamento, prognóstico, internação hospitalar e alta médica definitiva.

121.2. O pagamento da indenização não tem caráter de reembolso.

122. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL – DT

123. OBJETIVO DA COBERTURA

123.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, a antecipação do pagamento do capital segurado contratado para a cobertura básica de Morte – M, caso este seja considerado paciente terminal, conforme definido na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

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

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

124. RISCOS COBERTOS

124.1. A presente cobertura garante a antecipação do pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura básica de Morte – M, caso o segurado seja considerado paciente terminal, ocorrido durante o período de vigência do seguro e **após o período de carência definido na Cláusula 128 – CARÊNCIA, observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

124.2. Esta cobertura adicional NÃO poderá ser contratada em conjunto com as coberturas adicionais de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD–A e/ou Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD.

125. RISCOS EXCLUÍDOS

125.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, AS DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO.

126. CAPITAIS SEGURADOS

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

127. DATA DO EVENTO

127.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data indicada pelo atestado médico em que a doença foi declarada em fase terminal devidamente assinado pelo médico assistente.

128. CARÊNCIA

128.1. O prazo de carência para esta cobertura poderá ser de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias e será definido nas condições contratuais.

129. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

130. BENEFICIÁRIOS

130.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o próprio segurado, ou na eventual impossibilidade, a quem legalmente o represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.

131. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
b) Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da doença e exames pertinentes que comprovem o relatório médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais;
c) Relatório médico que comprove a doença em fase terminal da pessoa que sofreu o sinistro contendo a data em que a doença foi declarada fase terminal, emitido por médico devidamente habilitado, especialista na doença caracterizada.

132. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES – DG

133. OBJETIVO DA COBERTURA

133.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado ao beneficiário, em decorrência de diagnóstico de uma das doenças ou os procedimentos definidos na Cláusula DEFINIÇÕES a seguir **observada as condições contratuais.**

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

133.3. Esta cobertura adicional NÃO poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer – DC.

134. DEFINIÇÕES

134.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, aplicam-se a presente cobertura, as seguintes definições:

Acidente Vascular Cerebral – Derrame ou AVC: obstrução aguda da circulação sanguínea cerebrovascular causada por obstrução do fluxo sanguíneo ou hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, distúrbio cognitivo e parestesia e/ou plegias). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética ou exame de líquor. Deverá ser provada a existência de déficit neurológico nos últimos 3 (três) meses.

Câncer: é a designação genérica de neoplasia maligna, está caracterizada pelo crescimento anormal e desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do organismo. O diagnóstico deve ser confirmado por exame citológico e histológico conclusivo. O termo Câncer também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença ou Linfoma de Hodgkin.

Carcinoma: é um tumor maligno desenvolvido a partir de células epiteliais, glandulares (Adenocarcinoma) ou do trofoblasto (Córiocarcinoma) que tende a invadir tecidos circulares originando metástases.

Neoplasia Benigna: é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, mas de caráter benigno, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro tendem a se limitar ao local do seu desenvolvimento.

Neoplasia Maligna: é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, com a característica de invasão e destruição dos tecidos locais e os normais ao seu redor, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro não se limitam ao local do seu desenvolvimento, podendo disseminar para outras regiões além daquela em que se originou.

Cirurgia Coronariana: realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) na artéria coronária(s). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.

Infarto Agudo do Miocárdio: é a morte de qualquer parte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e o diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

a) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG;
b) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) ou Ecocardiograma ou Cintilografia Miocárdica.

Insuficiência Renal: etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

Transplante de Órgãos: necessidade médica do segurado de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: **fígado, coração, pulmão, pâncreas, rim ou medula óssea.**

135. RISCOS COBERTOS

135.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico das doenças ou da realização dos seguintes procedimentos: **Acidente Vascular Cerebral – Derrame ou AVC, Carcinoma ou Câncer, Cirurgia Coronariana, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Renal e Transplante de Órgãos.**

135.2. O diagnóstico das doenças ou a realização dos procedimentos destacados acima, deverão ser comprovados por relatório emitido por médico especialista pela 1ª (primeira) vez em data posterior ao início de vigência da cobertura da apólice, por meio de resultado de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico-científica, além dos documentos indicados na Cláusula 143 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

135.3. Após o pagamento da indenização por uma das doenças graves ou procedimentos previstos, esta cobertura será extinta. Não há reintegração do capital segurado, portanto, somente haverá garantia desta cobertura para o 1º (primeiro) diagnóstico de uma das doenças ou procedimento previstos nestas condições especiais, estando excluída, em toda e qualquer hipótese se ocorrerem a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença ou procedimento.

135.4. Serão consideradas como mesmo evento, as patologias relacionadas às doenças graves e aos procedimentos previstos nesta cobertura, que sejam reincidentes durante a vigência da apólice e suas consequências e/ou aquelas consideradas agravos clínicos da doença primária.

135.5. 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.

136. RISCOS EXCLUÍDOS

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

A) DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;
B) DOENÇAS PROFISSIONAIS;
C) ANOMALIAS CONGÊNITAS INDEPENDENTEMENTE DE QUANDO SE MANIFESTEM;
D) DANOS MORAIS, SEJA QUAL FOR O MOTIVO, DECORRENTES DE NEGOCIAÇÃO OU ACORDOS

QUE OCORRAM FORA DO ÂMBITO DE TRIBUNAIS QUE SEJAM PERTINENTES AOS CASOS EM QUESTÃO;

E) DANOS E PERDAS, INCLUSIVE SE FOREM DIRETAMENTE OU INDIRETAMENTE RELACIONADOS ÀS GARANTIAS ESTABELECIDAS NESTAS CONDIÇÕES; E

F) PREJUÍZOS DECORRENTES DE INVALIDEZ PROFISSIONAL SEJA ELA PERMANENTE OU TEMPORÁRIA.

136.1.1. ESTAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES FÍSICAS PODERÃO SER IDENTIFICADAS PELA SEGURADORA POR TODOS OS MEIOS DE VERIFICAÇÃO QUE SEJAM ACEITOS COMO PROVA, INCLUSIVE OS PRONTUÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES EM CONSULTÓRIOS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E HOSPITAIS.

136.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 136.1, ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTES EVENTOS PARA CARCINOMA OU CÂNCER:

A) TODOS OS CANCERES DE PELE, EXCETO O MELANOMA MALIGNO;

B) SARCOMA DE KAPOSI E OUTROS TUMORES RELATIVOS À AIDS;

C) LEUCEMIA CRÔNICA (LEUCEMIA LINFOIDE CRÔNICA E LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA);

D) NEOPLASIAS BENIGNAS;

E) CARCINOMA NÃO INVASIVO (CARCINOMA "IN SITU") E QUALQUER GRAU DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL – NIC;

F) TUMORES OU LESÕES DESCRITAS COMO PRÉ-MALIGNAS;

G) CÂNCER DE PRÓSTATA COM ESCORE DE GLEASON INFERIOR A 8 PONTOS OU INFERIOR A T2NOMO PELA CLASSIFICAÇÃO TNM; E

H) QUALQUER TIPO DE CÂNCER DIAGNOSTICADO ANTES DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE E CUJA RECIDIVA OU INVASÃO OCORRA NOS 30 (TRINTA) DIAS APÓS O INÍCIO DE VIGÊNCIA.

136.3. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 136.1, ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTES EVENTOS PARA INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:

A) OS INFARTOS DO MIOCÁRDIO ANTIGOS DEMONSTRADOS ATRAVÉS DE CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA, ECOCARDIOGRAMA OU ELETROCARDIOGRAMA;

B) TODAS AS ANGINAS DE PEITO, INCLUINDO ANGINA ESTÁVEL E INSTÁVEL;

C) INFARTO DO MIOCÁRDIO SEM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST NO ELETROCARDIOGRAMA COM ELEVAÇÃO DA TROPONINA "I" OU "T";

D) OUTRAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS.

136.4. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 136.1, ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTES EVENTOS PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC:

A) ATAQUES ISQUÊMICOS TRANSITÓRIOS – AIT;

B) QUALQUER OUTRA ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA, NÃO RESULTANTE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL;

C) HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;

D) HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR TUMORES;

E) HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR CIRURGIAS NO CÉREBRO;

F) OBSTRUÇÃO DE ARTÉRIA OFTÁLMICA RESULTANDO EM DANO NEUROLÓGICO; E

G) SINTOMAS NEUROLÓGICOS CAUSADOS POR ENXAQUECAS.

136.5. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 136.1, ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTES EVENTOS PARA CIRURGIA CORONARIANA:

A) ANGIOPLASTIA;

B) CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA DE REVUSCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO (CIRURGIA TIPO "KEY-HOLE").

136.6. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 136.1, ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTES EVENTOS PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS:

A) TRANSPLANTES DOS DEMAIS ÓRGÃOS NÃO LISTADOS NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS;

B) TRANSPLANTE DE PELE;

C) TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO;

D) TRANSPLANTE DE CÉLULAS-BETA DO PÂNCREAS;

E) AUTO-TRANSPLANTE (TRANSPLANTE DE PARTES DO INDIVÍDUO EM SI PRÓPRIO), EXCETO DE MEDULA ÓSSEA;

F) COLOCAÇÃO DE CORAÇÃO ARTIFICIAL, AINDA QUE COLOCADO TEMPORARIAMENTE, VISANDO-SE A COLOCAÇÃO DE CORAÇÃO HUMANO NO FUTURO;

G) TRANSPLANTE DE QUAISQUER ÓRGÃOS NÃO-HUMANOS.

137. CAPITAIS SEGURADOS

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

138. DATA DO EVENTO

138.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

138.1.1. A data indicada pelo relatório médico da ocorrência do Acidente Vascular Cerebral – Derrame ou AVC, em caso de ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC.

138.1.2. A data indicada pelo relatório médico do diagnóstico de câncer, em caso de CARCINOMA OU CÂNCER.

138.1.3. A data indicada pelo relatório médico da ocorrência da Cirurgia Coronariana, em caso de CIRURGIA CORONARIANA.

138.1.4. A data indicada pelo relatório médico da ocorrência do Infarto Agudo do Miocárdio, em caso de INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.

138.1.5. A data indicada pelo relatório médico do início do tratamento dialítico, em caso de INSUFICIÊNCIA RENAL.

138.1.6. A data indicada pelo relatório médico com recomendação de transplante contendo a data de inclusão do segurado na lista de transplante, em caso de TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS.

139. CARÊNCIA

139.1. O prazo de carência para esta cobertura, poderá ser de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias e será definido nas condições contratuais.

140. FRANQUIA

140.1. A franquia prevista para esta cobertura, se aplicada, será estabelecida no contrato de seguro e poderá ser de, no máximo, 30 (trinta) dias, a contar **da data do diagnóstico da doença grave coberta, desde que o segurado esteja vivo.**

141. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

142. BENEFICIÁRIOS

142.1. Será o próprio segurado.

143. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

143.1.1. Para o evento decorrente de **Carcinoma ou Câncer,** deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
b) Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia, contendo o resultado do exame anatomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico;
c) Cópia do exame anatomopatológico que comprove o diagnóstico de câncer;
d) Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso); e,
e) Laudo do perito médico, **quando solicitado pela seguradora.**

143.1.2. Para o evento decorrente de **Infarto Agudo do Miocárdio** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
b) Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrado por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: eletrocardiograma com alterações recentes e elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) ou Ecocardiograma ou Cintilografia Cardíaca, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.

143.1.3. Para o evento decorrente de **Acidente Vascular Cerebral** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
b) Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia; e
c) Exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética entre outros).

143.1.4. Para o evento decorrente de **Cirurgia Coronariana** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a)

segurado(a);
b) Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca, contendo a data da cirurgia.

143.1.5. Para o evento decorrente de **Insuficiência Renal** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
b) Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia, contendo a data do início do tratamento dialítico; e
c) Exames complementares apropriados.

143.1.6. Para o evento decorrente de **Transplante Total de Órgãos** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
b) Laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados, com recomendação de transplante contendo a data de inclusão do segurado na lista de transplante, feita por médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.

143.2. Não serão aceitos, para fins de liquidação do sinistro, relatórios emitidos 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.

143.3. Somente será paga por este seguro a indenização referente à primeira doença diagnosticada dentre as previstas nessas condições especiais, no prazo de vigência desse seguro e após o período de carência, conforme descrito na Cláusula 139 – CARÊNCIA.

143.4. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(s) segurado(s) os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

143.5. A documentação especificada nas respectivas condições especiais das coberturas não é restritiva. A seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos/informações que se façam necessários durante a regulação do sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação.

144. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC

145. OBJETIVO DA COBERTURA

145.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado ao beneficiário, em decorrência de diagnóstico do 1º (primeiro) câncer do segurado, conforme definido nas Cláusulas 146 – DEFINIÇÕES e 147 – RISCOS COBERTOS, **observada as condições contratuais.**

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

145.3. Esta cobertura adicional NÃO poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Doenças Graves – DG.

146. DEFINIÇÕES

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

Câncer: é a designação genérica de neoplasia maligna, está caracterizada pelo crescimento anormal e desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do organismo. O termo Câncer também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença ou Linfoma de Hodgkin.

Carcinoma: é um tumor maligno desenvolvido a partir de células epiteliais, glandulares (Adenocarcinoma) ou do trofoblasto (Córiocarcinoma) que tende a invadir tecidos circulares originando metástases.

Carcinoma Primário: é o tumor maligno original, podendo surgir em qualquer órgão ou tecido do corpo. Em geral, o câncer recebe o nome de acordo com sua localização inicial.

Carcinoma *in situ*: é a neoplasia que está ainda localizada e limitada ao seu ponto de origem, porém, é uma lesão pré-neoplásica, ou seja, se não removida, evoluirá com alta probabilidade para carcinoma epidermóide invasivo.

Diagnóstico de Câncer: é o conjunto de medidas de ordem médica capazes de estabelecer a confirmação de uma doença neoplásica maligna (câncer), nos termos das condições contratuais desse seguro. **O diagnóstico de câncer terá de atender, integralmente, os critérios estabelecidos na literatura mundial e aceitos pelas respectivas sociedades médico-científicas especializadas e pelo ministério da saúde do Brasil.**

Estágio da Neoplasia: é a fase da evolução de uma neoplasia. O conceito de estágio é utilizado na caracterização da progressão de uma neoplasia possibilitando a sua classificação, orientando a determinação da melhor conduta médica e subsidiando definições ao prognóstico da doença.

Exame Anatomopatológico: é o exame composto de estudo macroscópico e microscópico de material orgânico voltado ao estabelecimento de diagnósticos. Tais exames são utilizados quando da realização de biópsias e de coletas de material, como ocorre nos exames preventivos na mulher. A parte microscópica

também é chamada de exame histopatológico. O exame anatomopatológico é um dos exames de escolha para o diagnóstico de câncer.

Exames de Prevenção: são procedimentos de investigação médica capazes de antecipar o diagnóstico de situações clínicas que sejam precursoras de doenças ou mesmo realizar seus diagnósticos precocemente. Para fins aplicados a esta apólice os exames de prevenção mencionados são aqueles capazes de antecipar o conhecimento de lesões que possam estar relacionadas aos cânceres de mama e de colo do útero.

Médico Especialista: é o profissional médico reconhecido segundo critérios estabelecidos e referendados em Resolução expedida pelo Conselho Federal de Medicina, como especialista em um segmento da medicina, chamado de especialidade médica.

Metástase: é o crescimento de uma neoplasia em região do organismo diferente daquela na qual o tumor se originou, sem que haja continuidade entre a lesão à distância (metástase) e o foco inicial (tumor primário), caracterizando disseminação da doença.

Neoplasia: é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo com efeitos agressivos sobre o hospedeiro.

Neoplasia Benigna: é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, mas de caráter benigno, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro tendem a se limitar ao local do seu desenvolvimento.

Neoplasia Maligna: é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, com a característica de invasão e destruição dos tecidos locais e os normais ao seu redor, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro não se limitam ao local do seu desenvolvimento, podendo disseminar para outras regiões além daquela em que se originou.

Neoplasia Maligna de Pele Não-Melanoma: o câncer de pele não melanoma é um dos mais comuns, se desenvolve lentamente e dificilmente se espalha para outras áreas do corpo. Tem origem nas camadas mais externa, geralmente é o das células basais ou escamosas, sendo o último com risco maior de invadir o tecido gorduroso, atingir os linfonodos, e outros órgãos.

Prognóstico: é a previsão médica da evolução ou de um resultado provável de uma doença que, nos termos dessa apólice de seguros.

147. RISCOS COBERTOS

147.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, **em decorrência da primeira neoplasia maligna diagnosticada, observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos, e desde que cumpridos o seguinte requisito:**

a) Que a neoplasia maligna tenha sido diagnostica, obrigatoriamente em vida e comprovada em data posterior ao início da vigência da cobertura da apólice.

147.2. Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, esta garantia será extinta. Não há reintegração do capital segurado, portanto, somente haverá garantia desta cobertura para a primeira neoplasia maligna diagnosticada, conforme a Cláusula 148 – RISCOS EXCLUÍDOS, estando excluídas, em toda e qualquer hipótese, para efeito deste seguro e de suas renovações, se ocorrerem, a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de um câncer.

147.3. 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.

148. RISCOS EXCLUÍDOS

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

A) TODOS OS CANCERES DE PELE, EXCETO O MELANOMA MALIGNO;
B) SARCOMA DE KAPOSI E OUTROS TUMORES RELATIVOS À AIDS;
C) LEUCEMIA CRÔNICA (LEUCEMIA LINFOIDE CRÔNICA E LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA);
D) NEOPLASIAS BENIGNAS;
E) CARCINOMA NÃO INVASIVO (CARCINOMA "IN SITU") E QUALQUER GRAU DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL – NIC;
F) TUMORES OU LESÕES DESCRITAS COMO PRÉ-MALIGNAS;
G) CÂNCER DE PRÓSTATA COM ESCORE DE GLEASON INFERIOR A 8 PONTOS OU INFERIOR A T2NOMO PELA CLASSIFICAÇÃO TNM; E
H) QUALQUER TIPO DE CÂNCER DIAGNOSTICADO ANTES DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE E CUJA RECIDIVA OU INVASÃO OCORRA NOS 30 (TRINTA) DIAS APÓS O INÍCIO DE VIGÊNCIA.

149. CAPITAIS SEGURADOS

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

150. DATA DO EVENTO

150.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data indicada pelo relatório médico do diagnóstico de câncer, realizado em vida.

151. CARÊNCIA

151.1. O prazo de carência para esta cobertura, poderá ser de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias e será definido nas condições contratuais.

152. FRANQUIA

152.1. A franquia prevista para esta cobertura, se aplicada, será estabelecida no contrato de seguro e poderá ser de, no máximo, 30 (trinta) dias, a contar **da data do diagnóstico da primeira neoplasia maligna, desde que o segurado esteja vivo.**

153. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

154. BENEFICIÁRIOS

154.1. Será o próprio segurado.

155. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
b) Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia, contendo o resultado do exame anatomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico;
c) Cópia do exame anatomopatológico que comprove o diagnóstico de câncer;
d) Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso); e;
e) Laudo do perito médico, **quando solicitado pela seguradora.**

155.2. O pagamento das indenizações relativas às coberturas de Diagnóstico de Câncer e Morte se acumulam, ou seja, se depois de paga uma indenização pela cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer – DC, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo evento, a seguradora responderá também pela indenização referente à cobertura de Morte, observado os termos e disposições das condições contratuais.

155.3. Não serão aceitos, para fins de liquidação do sinistro, relatórios emitidos 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.

155.4. Somente será paga por este seguro a indenização referente à primeira neoplasia maligna diagnosticada dentre as previstas nessas condições especiais, no prazo de vigência desse seguro e após o período de carência, conforme definido na Cláusula 151 – CARÊNCIA.

155.5. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(s) segurado(s) os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

156. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA

157. OBJETIVO DA COBERTURA

157.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento ao segurado das diárias a que tiver direito de sua incapacidade, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, respeitado o período de franquia indicado na Cláusula 162 – FRANQUIA e **as demais previsões das condições contratuais.**

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

157.3. Esta cobertura adicional NÃO poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Diárias por Incapacidade Física Temporária por Acidente.

158. RISCOS COBERTOS

158.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para cada dia de incapacidade física temporária do segurado, **decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, após o 16º (décimo sexto) dia do seu afastamento das atividades profissionais.**

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

158.3. O capital segurado contratado deverá ser compatível com a renda mensal do segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação ou na renovação do seguro para determinação do capital segurado. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação.

158.4. Se o capital segurado contratado for superior a renda mensal informada pelo segurado na proposta de adesão, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada comprovada pelo segurado.

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

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

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

159. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

160. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

161. DATA DO EVENTO

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

162. FRANQUIA

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

163. LIMITE DE DIÁRIAS

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

164. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

a) Com o pagamento total das diárias contratadas.

165. BENEFICIÁRIOS

165.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o próprio segurado, ou na eventual impossibilidade, a quem legalmente o represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.

166. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

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

167. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

168. OBJETIVO DA COBERTURA

168.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento ao segurado das diárias a que tiver direito de sua incapacidade, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto,** respeitado o período de franquia do seguro indicado na Cláusula 173 – FRANQUIA, e **as demais disposições contratuais.**

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

168.3. Esta cobertura adicional NÃO poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Diárias por Incapacidade Física Temporária.

169. RISCOS COBERTOS

169.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para cada dia de incapacidade física temporária do segurado, **respeitando-se o período de franquia definido na Cláusula 173 – FRANQUIA, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto,** ocorrido durante o período de vigência do seguro.

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

169.3. O capital segurado contratado deverá ser compatível com a renda mensal do segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação ou na renovação do seguro para determinação do capital segurado. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação.

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

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

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

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

170. RISCOS EXCLUÍDOS

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

A) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;

B) INCAPACIDADE QUE TENHA SE INICIADO ANTES DA DATA DE INCLUSÃO DO SEGURADO NO SEGURO;

C) CIRURGIAS PARA MUDANÇA DE SEXO, QUALQUER TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA IMPOTÊNCIA SEXUAL, ESTERILIDADE OU INFERTILIDADE, PROCEDIMENTOS ANTICONCEPCIONAIS, INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL E RESPECTIVAS CONSEQUÊNCIAS;

D) CIRURGIAS PLÁSTICAS, EXCETO AS RESTAURADORAS DE FUNÇÕES EM ÓRGÃOS, MEMBROS E REGIÕES, REALIZADAS EXCLUSIVAMENTE EM DECORRÊNCIA DE LESÕES PROVOCADAS POR ACIDENTES PESSOAIS;

E) TRATAMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS OU ENDOCRINOLÓGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA;

F) QUAISQUER TRATAMENTOS POR MOTIVOS DE SENILIDADE, GERIATRIA, REPOUSO, REJUVENESCIMENTO, CONVALESCENÇA OU ABRASÃO QUÍMICA E CIRÚRGICA;

G) TRATAMENTO ODONTOLÓGICO E ORTODÔNTICO;

H) CERATOTOMIA (CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE MIOPIA);

I) HOSPITALIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA;

J) TRATAMENTO PARA OBESIDADE EM SUAS VÁRIAS MODALIDADES;

K) DISTÚRBIOS OU DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS OU CONSEQUÊNCIAS DELES DECORRENTES;

L) AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, INCLUSIVE A LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;

M) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA;

N) AFASTAMENTOS DECORRENTES DE UM MESMO EVENTO QUE JÁ TENHA SIDO INDENIZADO PELA APÓLICE DE SEGURO VIGENTE;

O) NO CASO DE OCORRÊNCIA SIMULTÂNEA DE MAIS DE UM EVENTO COBERTO, A INDENIZAÇÃO SERÁ A DO EVENTO QUE RESULTE NO MAIOR TEMPO DE AFASTAMENTO, NÃO HAVENDO ACÚMULO OU SUPERPOSIÇÃO DE INDENIZAÇÕES;

P) OS PROFISSIONAIS DA ECONOMIA INFORMAL QUE NÃO SEJAM PROFISSIONAIS LIBERAIS E/OU AUTÔNOMOS REGULAMENTADOS, QUE NÃO TENHAM, PORTANTO, COMO COMPROVAR UMA ATIVIDADE REMUNERADA REGULAR.

171. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

172. DATA DO EVENTO

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

173. FRANQUIA

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

174. LIMITE DE DIÁRIAS

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

175. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

a) Com o pagamento total das diárias contratadas.

176. BENEFICIÁRIOS

176.1. Será o próprio segurado.

177. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

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

178. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO

179. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

180. RISCOS COBERTOS

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

180.2. 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.

180.3. 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.

181. RISCOS EXCLUÍDOS

181.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL AS DESPESAS OCORRIDAS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADOS A:

A) ESTADO DE CONVALESCENÇA (APÓS ALTA MÉDICA);

B) DESPESAS DE ACOMPANHANTES; E

C) APARELHOS QUE SE REFEREM A ÓRTESE DE QUALQUER NATUREZA E PRÓTESE DE CARÁTER PERMANENTE, SALVO AS PRÓTESES PELA PERDA DE DENTES NATURAIS.

182. CAPITAIS SEGURADOS

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

183. DATA DO EVENTO

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

184. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

184.1. 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.

185. BENEFICIÁRIOS

185.1. 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.

186. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

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

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

186.4. 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.

187. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

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

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

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

188. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS – DCF

189. OBJETIVO DA COBERTURA

189.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado, quando ocorrer o nascimento com vida do filho do segurado, portador de doença congênita, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados o período de carência, os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

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

190. DEFINIÇÕES

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

Doenças Congênitas: doença adquirida antes do nascimento ou até completar o 1º (primeiro) ano de vida resultante da má formação do organismo, seja qual for a causa e que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.

191. RISCOS COBERTOS

191.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de nascimento com vida de filho do segurado, que apresente doença congênita devidamente comprovada por médico habilitado.

191.2. Não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.

191.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF.

192. RISCOS EXCLUÍDOS

192.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTARÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL:

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;

D) NATIMORTO.

193. CAPITAIS SEGURADOS

193.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto

pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

193.2. 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.

193.3. 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.

194. DATA DO EVENTO

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

195. CARÊNCIA

195.1. O prazo de carência para esta cobertura será de 90 (noventa) dias a partir do início de vigência do seguro ou da inclusão da cobertura adicional.

195.2. Somente terão cobertura os casos que não tenham conhecimento ou a preexistência de doença congênita ou qualquer outra anormalidade no período de gestação até a conclusão do período de carência.

196. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

a) Com o pagamento de capital segurado 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.

197. BENEFICIÁRIOS

197.1. Será o próprio segurado.

198. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

198.1. A constatação da ocorrência do evento deverá ser realizada até completar o 1º (primeiro) ano de vida do filho do segurado.

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

a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assiste o(a) filho(a) do(a) segurado(a);
b) RG/RNE e CPF do(a) filho(a), na falta, (em caso de filho menor) enviar a certidão de nascimento;
c) Laudo de diagnóstico da doença;
d) Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso).

199. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS EM CASO DE MORTE – VRM

200. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

201. RISCOS COBERTOS

201.1. A presente cobertura garante o **reembolso ao beneficiário** de valores referentes às despesas com o pagamento de verbas rescisórias em caso de falecimento do segurado, ocorrido durante o período de vigência e **após o período de carência descrito na Cláusula 205 – CARÊNCIA,** até o limite do capital segurado contratado**.**

201.2. Esta cobertura adicional poderá ser contratada somente quando o custeio do seguro for não contributário.

202. RISCOS EXCLUÍDOS

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

203. CAPITAIS SEGURADOS

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

204. DATA DO EVENTO

204.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

205. CARÊNCIA

205.1. O prazo de carência para esta cobertura poderá ser de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias e será definido nas condições contratuais.

206. BENEFICIÁRIOS

206.1. Será o próprio estipulante, ou o subestipulante a que o segurado estiver vinculado mediante apresentação de recibos comprobatórios.

207. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

208. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

209. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

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

210. RISCOS COBERTOS

210.1. A presente cobertura garante o **reembolso ao beneficiário** de valores referentes às despesas com o pagamento de verbas rescisórias em caso de falecimento do segurado **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto,** especificado na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, ocorrido durante o período de vigência do seguro, até o limite do capital segurado contratado.

210.2. Esta cobertura adicional poderá ser contratada somente quando o custeio do seguro for não contributário.

211. RISCOS EXCLUÍDOS

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

212. CAPITAIS SEGURADOS

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

213. DATA DO EVENTO

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

214. BENEFICIÁRIOS

214.1. Será o próprio estipulante, ou o subestipulante a que o segurado estiver vinculado mediante apresentação de recibos comprobatórios.

215. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

216. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ

217. OBJETIVO DA COBERTURA

217.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o reembolso dos gastos com a aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, de acordo com o plano contratado, em caso de falecimento do segurado principal, se contratado plano Individual, ou de seu cônjuge/companheiro(a), filhos, pais e sogros, se contratado o plano Familiar, decorrente de causas naturais ou acidentais, durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

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

218. DEFINIÇÕES

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

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:

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

219. RISCOS COBERTOS

219.1. A presente cobertura garante o reembolso dos gastos com a aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, **limitado ao valor de capital segurado contratado,** 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.

219.2. Os planos oferecidos no seguro são os seguintes:

a) Individual: Fica coberto somente o segurado principal;
b) Familiar I: Ficam cobertos o segurado principal, seu cônjuge/companheiro(a) e filho(s) considerado(s) dependente(s) de acordo com a legislação em vigor;
c) Familiar II: Ficam cobertos o segurado principal, seu cônjuge/companheiro(a), filho(s) considerado(s) dependente(s) de acordo com a legislação em vigor e seus pais;
d) Familiar III: Ficam cobertos o segurado principal, seu cônjuge/companheiro(a), filho(s) considerado(s) dependente(s) de acordo com a legislação em vigor, seus pais e sogros.

219.3. 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.

219.4. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Decessos – DEC.

220. CAPITAIS SEGURADOS

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

221. DATA DO EVENTO

221.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

222. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

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

223. CARÊNCIA

223.1. O prazo de carência para esta cobertura poderá ser de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias e será definido nas condições contratuais.

224. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

224.1.1. No caso de contratação de plano Familiar, o cônjuge/companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização desta cobertura no caso de separação judicial ou fim da união estável com o segurado principal. No caso de Filhos, a perda de uma das condições indicadas na Cláusula 218 – DEFINIÇÕES também extinguirá a referida cobertura.

225. BENEFICIÁRIOS

225.1. 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.

226. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

a) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o segurado;
b) Original das notas fiscais e recibos das despesas com a aquisição do jazigo;
c) RG/RNE e CPF do contratante da nota fiscal;
d) Cópia do comprovante de residência em nome do contratante da nota fiscal. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado.

227. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE

228. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

229. RISCOS COBERTOS

229.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado a título de auxílio alimentação, em caso de falecimento do segurado, ocorrido durante o período de vigência do seguro.

230. CAPITAIS SEGURADOS

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

231. DATA DO EVENTO

231.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

232. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

233. BENEFICIÁRIOS

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

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

a) Cônjuge ou companheiro(a);

b) Na falta do cônjuge ou companheiro(a), **exclusivamente** ao filho mais novo;

c) Na falta dos anteriores, o pagamento seguirá a ordem de vocação hereditária prevista no Código Civil, privilegiando, nesse caso, a pessoa mais idosa, observado que na classe dos ascendentes e colaterais

grau mais próximo exclui o mais remoto.

234. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

234.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos relacionados na Cláusula 31 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da cobertura básica de Morte – M.

235. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL

236. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

237. RISCOS COBERTOS

237.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado a título de auxílio alimentação, em caso de falecimento do segurado **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto,** especificado na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, ocorrido durante a vigência do seguro.

238. CAPITAIS SEGURADOS

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

239. DATA DO EVENTO

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

240. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

241. BENEFICIÁRIOS

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

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

a) Cônjuge ou companheiro(a);

b) Na falta do cônjuge ou companheiro(a), **exclusivamente** ao filho mais novo;

c) Na falta dos anteriores, o pagamento seguirá a ordem de vocação hereditária prevista no Código Civil, privilegiando, nesse caso, a pessoa mais idosa, observado que na classe dos ascendentes e colaterais grau mais próximo exclui o mais remoto.

242. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE

243. OBJETIVO DA COBERTURA

243.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado complementar a indenização por morte natural do segurado, ocorrida durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

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

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

244. CAPITAIS SEGURADOS

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

245. DATA DO EVENTO

245.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

246. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

247. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

247.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 21 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos relacionados na Cláusula 31 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da cobertura básica de Morte – M.

248. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL

249. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

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

250. CAPITAIS SEGURADOS

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

251. DATA DO EVENTO

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

252. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

253. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

254. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

255. RISCOS COBERTOS

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

255.2. Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a ser pago em caso de invalidez permanente por acidente, prevista no item 255.7 desta cláusula, em virtude de lesão física exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observado o disposto no item 255.6.

255.3. No caso de invalidez permanente decorrente de acidente pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a existência de invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura, de acordo com a Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, descrita no item 255.7 desta cláusula.

255.4. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão da tabela constante no item 255.7, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado individual. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

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

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

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

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

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

256. RISCOS EXCLUÍDOS

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

A) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;

B) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;

C) ERROS MÉDICOS;

D) PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;

E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES.

257. CAPITAIS SEGURADOS

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

258. DATA DO EVENTO

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

259. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

260. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

261. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

262. OBJETIVO DA COBERTURA

262.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento de uma importância complementar a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, limitada ao valor do capital segurado contratado, caso o segurado venha a se tornar parcial ou totalmente inválido em caráter permanente conforme especificado na Cláusula 263 – RISCOS COBERTOS, **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.**

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

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

263. RISCOS COBERTOS

263.1. A presente cobertura garante o pagamento de **até** 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente **em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto,** especificado na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, ocorrido durante o período de vigência do seguro.

263.2. Aplicam-se à esta cobertura as condições definidas na Cláusula 57 – CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE das condições especiais da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, para fins de comprovação da invalidez.

264. RISCOS EXCLUÍDOS

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

A) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;

B) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;

C) OS ERROS MÉDICOS;

D) AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, INCLUSIVE A LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;

E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;

F) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO; E

G) PERDA DE DENTES OU DANOS ESTÉTICOS, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO.

265. CAPITAIS SEGURADOS

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

266. DATA DO EVENTO

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

267. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

268. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

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

269. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

270. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

271. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

272. RISCOS COBERTOS

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

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

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

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

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

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

273. RISCOS EXCLUÍDOS

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

274. CAPITAIS SEGURADOS

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

275. DATA DO EVENTO

275.1. Considera-se para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto prevista nas coberturas contratadas pelo segurado principal.

276. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

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

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

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

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

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

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

279. BENEFICIÁRIOS

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

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

280. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

281. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

282. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

283. RISCOS COBERTOS

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

283.2. Esta cobertura suplementar não se aplica se o cônjuge/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.

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

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

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

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

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

284. RISCOS EXCLUÍDOS

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

285. CAPITAIS SEGURADOS

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

286. DATA DO EVENTO

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

287. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

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

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

a) Na data do início da cobertura do risco individual do segurado principal, desde que a inclusão de seu cônjuge/companheiro(a) seja solicitada simultaneamente, mediante análise e aceitação pela seguradora; e

b) Quando este não for incluído simultaneamente com o segurado principal, o início de vigência do risco individual do seguro do cônjuge/companheiro(a) será a partir da vigência correspondente ao mês da solicitação expressa do segurado principal.

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

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

a) 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;
b) Na ocorrência de separação judicial, de fato ou divórcio;
c) Dissolução da união estável;
d) No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, quando se tratar de companheiro(a).

290. BENEFICIÁRIOS

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

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

291. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

292. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF

293. OBJETIVO DA COBERTURA

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

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

294. DEFINIÇÕES

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

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

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

295. RISCOS COBERTOS

295.1. A presente cobertura garante que serão estendidas ao cônjuge/companheiro(a) as mesmas coberturas contratadas pelo segurado principal, desde que no momento da contratação estejam vigentes.

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

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

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

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

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

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

296. RISCOS EXCLUÍDOS

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

297. CAPITAIS SEGURADOS

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

298. DATA DO EVENTO

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

299. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

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

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

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

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

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

a) No caso de término da condição de dependente, conforme previsto na Cláusula 294 – DEFINIÇÕES, desta cobertura;
b) Com a morte do segurado principal ou do(s) filho(s), com sua invalidez permanente total por acidente ou com sua invalidez funcional permanente e total por doença.

302. BENEFICIÁRIOS

302.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será:

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

303. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

304. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

305. OBJETIVO

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

306. DEFINIÇÕES

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

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

307. DETERMINAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

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

a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
b) Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
c) Saldo da reserva de IBNR do período anterior.
d) Recuperação de sinistros do ressegurador.

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

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

308. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

308.1. As receitas e as despesas serão atualizadas monetariamente:

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

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

309. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

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

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

310. PAGAMENTO DO EXCEDENTE

310.1. A distribuição de excedentes técnicos será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento por conta do excedente técnico a ser apurado.

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

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

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

311. MODIFICAÇÕES NA CONDIÇÃO

311.1. Eventuais alterações podem ser processadas em consequência de acordo entre a seguradora, o estipulante e/ou o subestipulante, se houver, com a anuência de ¾ (três quartos) do grupo segurado durante a vigência da apólice.

312. DISPOSIÇÕES GERAIS

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