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

SEGURO DE VIDA – taxa média

Condições Contratuais

Versão 15.0

CNPJ 54.484.753/0001-49
Processo SUSEP n° 10.005288/99-11

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS 12
1. OBJETIVO DO SEGURO 12
2. GLOSSÁRIO 12
3. COBERTURAS DO SEGURO 17
4. RISCOS EXCLUÍDOS 20
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 22
6. CARÊNCIA 22
7. FRANQUIA 22
8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO 22
9. BENEFICIÁRIOS 25
10. CAPITAIS SEGURADOS 27
11. CUSTEIO DO SEGURO 27
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO 27
13. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA 29
14. SEGURADOS AFASTADOS 29
15. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE 30
16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL 31
17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS E ALTERAÇÃO DE VALORES 31
18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 33
19. PERDA DE DIREITOS 33
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA 35
21. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 35
22. ALTERAÇÕES NA APÓLICE 40
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE 40
24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO 42
25. PRESCRIÇÃO 42
26. FORO 42
27. DISPOSIÇÕES GERAIS 42

CONDIÇÕES ESPECIAIS 44
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M 44
28. OBJETIVO DA COBERTURA 44
29. CAPITAIS SEGURADOS 44
30. DATA DO EVENTO 44
31. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 44
32. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 44
33. DISPOSIÇÕES GERAIS 44

COBERTURA BÁSICA DE DECESSOS – DEC 44
34. OBJETIVO DA COBERTURA 45
35. DEFINIÇÕES 45
36. RISCOS COBERTOS 45
37. RISCOS EXCLUÍDOS 48
38. CAPITAIS SEGURADOS 48
39. DATA DO EVENTO 48
40. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA 48

41. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 49
42. BENEFICIÁRIOS 49
43. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 49
44. DISPOSIÇÕES GERAIS 49

COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL – MA 51
45. OBJETIVO DA COBERTURA 51
46. CAPITAIS SEGURADOS 51
47. DATA DO EVENTO 51
48. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 51
49. DISPOSIÇÕES GERAIS 51

COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIMES – MA–C 52
50. OBJETIVO DA COBERTURA 52
51. RISCOS COBERTOS 52
52. RISCOS EXCLUÍDOS 52
53. CAPITAIS SEGURADOS 52
54. DATA DO EVENTO 52
55. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE 53
56. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 53
57. DISPOSIÇÕES GERAIS 53

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA 54
58. OBJETIVO DA COBERTURA 54
59. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE 54
60. RISCOS EXCLUÍDOS 55
61. CAPITAIS SEGURADOS 55
62. DATA DO EVENTO 56
63. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 56
64. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 56
65. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 56
66. DISPOSIÇÕES GERAIS 56

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – MAJORADA – IPA–M 57
67. OBJETIVO DA COBERTURA 57
68. RISCOS COBERTOS 57
69. RISCOS EXCLUÍDOS 57
70. CAPITAIS SEGURADOS 57
71. DATA DO EVENTO 58
72. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 58
73. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 58
74. DISPOSIÇÕES GERAIS 58

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIMES – IPA–C 59
75. OBJETIVO DA COBERTURA 59
76. RISCOS COBERTOS 59
77. RISCOS EXCLUÍDOS 59

78. CAPITAIS SEGURADOS 59
79. DATA DO EVENTO 60
80. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 60
81. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE 60
82. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 60
83. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 60
84. DISPOSIÇÕES GERAIS 60

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA 61
85. OBJETIVO DA COBERTURA 61
86. RISCOS COBERTOS 61
87. RISCOS EXCLUÍDOS 62
88. CAPITAIS SEGURADOS 62
89. DATA DO EVENTO 62
90. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 62
91. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 63
92. DISPOSIÇÕES GERAIS 63

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD 64
93. OBJETIVO DA COBERTURA 64
94. DEFINIÇÕES 64
95. RISCOS COBERTOS 65
96. RISCOS EXCLUÍDOS 67
97. CAPITAIS SEGURADOS 67
98. DATA DO EVENTO 68
99. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 68
100. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 68
101. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA 69
102. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO 69
103. DISPOSIÇÕES GERAIS 69

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A 70
104. OBJETIVO DA COBERTURA 70
105. DEFINIÇÕES 70
106. RISCOS COBERTOS 72
107. RISCOS EXCLUÍDOS 73
108. CAPITAIS SEGURADOS 73
109. DATA DO EVENTO 74
110. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 74
111. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 74
112. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA 74
113. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO 75
114. DISPOSIÇÕES GERAIS 75

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH–A 76
115. OBJETIVO DA COBERTURA 76
116. DEFINIÇÕES 76

117. RISCOS COBERTOS 76
118. RISCOS EXCLUÍDOS 77
119. CAPITAIS SEGURADOS 77
120. DATA DO EVENTO 78
121. FRANQUIA 78
122. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 78
123. BENEFICIÁRIOS 78
124. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 78
125. DISPOSIÇÕES GERAIS 78

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL – DT 80
126. OBJETIVO DA COBERTURA 80
127. RISCOS COBERTOS 80
128. RISCOS EXCLUÍDOS 80
129. CAPITAIS SEGURADOS 80
130. DATA DO EVENTO 80
131. CARÊNCIA 80
132. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 80
133. BENEFICIÁRIOS 81
134. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 81
135. DISPOSIÇÕES GERAIS 81

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES – DG 82
136. OBJETIVO DA COBERTURA 82
137. DEFINIÇÕES 82
138. RISCOS COBERTOS 82
139. RISCOS EXCLUÍDOS 83
140. CAPITAIS SEGURADOS 84
141. DATA DO EVENTO 84
142. CARÊNCIA 85
143. FRANQUIA 85
144. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 85
145. BENEFICIÁRIOS 85
146. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 85
147. DISPOSIÇÕES GERAIS 87

COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC 88
148. OBJETIVO DA COBERTURA 88
149. DEFINIÇÕES 88
150. RISCOS COBERTOS 89
151. RISCOS EXCLUÍDOS 89
152. CAPITAIS SEGURADOS 90
153. DATA DO EVENTO 90
154. CARÊNCIA 90
155. FRANQUIA 90
156. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 90
157. BENEFICIÁRIOS 90
158. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 90
159. DISPOSIÇÕES GERAIS 91

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA 92
160. OBJETIVO DA COBERTURA 92
161. RISCOS COBERTOS 92
162. RISCOS EXCLUÍDOS 92
163. CAPITAIS SEGURADOS 93
164. DATA DO EVENTO 93
165. FRANQUIA 93
166. LIMITE DE DIÁRIAS 94
167. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 94
168. BENEFICIÁRIOS 94
169. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 94
170. DISPOSIÇÕES GERAIS 94

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE 95
171. OBJETIVO DA COBERTURA 95
172. RISCOS COBERTOS 95
173. RISCOS EXCLUÍDOS 95
174. CAPITAIS SEGURADOS 96
175. DATA DO EVENTO 96
176. FRANQUIA 96
177. LIMITE DE DIÁRIAS 96
178. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 97
179. BENEFICIÁRIOS 97
180. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 97
181. DISPOSIÇÕES GERAIS 97

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO 98
182. OBJETIVO DA COBERTURA 98
183. RISCOS COBERTOS 98
184. RISCOS EXCLUÍDOS 98
185. CAPITAIS SEGURADOS 98
186. DATA DO EVENTO 98
187. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 98
188. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 98
189. BENEFICIÁRIOS 99
190. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 99
191. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE 99
192. DISPOSIÇÕES GERAIS 99

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS – DCF 100
193. OBJETIVO DA COBERTURA 100
194. DEFINIÇÕES 100
195. RISCOS COBERTOS 100
196. RISCOS EXCLUÍDOS 100
197. CAPITAIS SEGURADOS 100
198. DATA DO EVENTO 101
199. CARÊNCIA 101
200. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 101

201. BENEFICIÁRIOS 101
202. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 101
203. DISPOSIÇÕES GERAIS 101

COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS EM CASO DE MORTE – VRM 102
204. OBJETIVO DA COBERTURA 102
205. RISCOS COBERTOS 102
206. RISCOS EXCLUÍDOS 102
207. CAPITAIS SEGURADOS 102
208. DATA DO EVENTO 102
209. CARÊNCIA 102
210. BENEFICIÁRIOS 102
211. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 103
212. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 103
213. DISPOSIÇÕES GERAIS 103

COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS EM CASO DE MORTE ACIDENTAL – VRMA 104
214. OBJETIVO DA COBERTURA 104
215. RISCOS COBERTOS 104
216. RISCOS EXCLUÍDOS 104
217. CAPITAIS SEGURADOS 104
218. DATA DO EVENTO 104
219. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 104
220. BENEFICIÁRIOS 105
221. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 105
222. DISPOSIÇÕES GERAIS 105

COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ 106
223. OBJETIVO DA COBERTURA 106
224. DEFINIÇÕES 106
225. RISCOS COBERTOS 106
226. CAPITAIS SEGURADOS 106
227. DATA DO EVENTO 107
228. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA 107
229. CARÊNCIA 107
230. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 107
231. BENEFICIÁRIOS 107
232. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 107
233. DISPOSIÇÕES GERAIS 107

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE 108
234. OBJETIVO DA COBERTURA 108
235. RISCOS COBERTOS 108
236. CAPITAIS SEGURADOS 108
237. DATA DO EVENTO 108
238. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 108
239. BENEFICIÁRIOS 108
240. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 108
241. DISPOSIÇÕES GERAIS 109

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL 110
242. OBJETIVO DA COBERTURA 110
243. RISCOS COBERTOS 110
244. CAPITAIS SEGURADOS 110
245. DATA DO EVENTO 110
246. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 110
247. BENEFICIÁRIOS 110
248. DISPOSIÇÕES GERAIS 111

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE 112
249. OBJETIVO DA COBERTURA 112
250. CAPITAIS SEGURADOS 112
251. DATA DO EVENTO 112
252. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 112
253. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 112
254. DISPOSIÇÕES GERAIS 112

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL 113
255. OBJETIVO DA COBERTURA 113
256. CAPITAIS SEGURADOS 113
257. DATA DO EVENTO 113
258. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 113
259. DISPOSIÇÕES GERAIS 113

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE 114
260. OBJETIVO DA COBERTURA 114
261. RISCOS COBERTOS 114
262. RISCOS EXCLUÍDOS 115
263. CAPITAIS SEGURADOS 115
264. DATA DO EVENTO 115
265. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 115
266. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 115
267. DISPOSIÇÕES GERAIS 116

COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IEIPA 117
268. OBJETIVO DA COBERTURA 117
269. RISCOS COBERTOS 117
270. RISCOS EXCLUÍDOS 117
271. CAPITAIS SEGURADOS 117
272. DATA DO EVENTO 118
273. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 118
274. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 118
275. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 118
276. DISPOSIÇÕES GERAIS 118

COBERTURA ADICIONAL DE PAGAMENTO ANTECIPADO ESPECIAL EM CONSEQUENCIA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL – PAED 119
277. OBJETIVO DA COBERTURA 119
278. DEFINIÇÕES 119
279. RISCOS COBERTOS 119
280. RISCOS EXCLUÍDOS 120
281. CAPITAIS SEGURADOS 120
282. DATA DO EVENTO 120
283. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 120
284. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 120
285. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO 121
286. DISPOSIÇÕES GERAIS 121

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – ILPTA . 122
287. OBJETIVO DA COBERTURA 122
288. DEFINIÇÕES 122
289. RISCOS COBERTOS 122
290. RISCOS EXCLUÍDOS 123
291. CAPITAIS SEGURADOS 123
292. DATA DO EVENTO 123
293. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 123
294. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 124
295. DISPOSIÇÕES GERAIS 124

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH–AD 125
296. OBJETIVO DA COBERTURA 125
297. DEFINIÇÕES 125
298. RISCOS EXCLUÍDOS 125
299. CAPITAIS SEGURADOS 126
300. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 126
301. DATA DO EVENTO 127
302. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 127
303. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 127
304. BENEFICIÁRIOS 127
305. FRANQUIA 127
306. CARÊNCIA 127
307. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS 127
308. DISPOSIÇÕES GERAIS 128

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – PR–DI 129
309. OBJETIVO DA COBERTURA 129
310. DEFINIÇÕES 129
311. ELEGIBILIDADE 129
312. RISCOS EXCLUÍDOS 130
313. CAPITAL SEGURADO 131
314. DATA DO EVENTO 131
315. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 131
316. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 131

317. CARÊNCIA 131
318. FRANQUIA 132
319. BENEFICIÁRIOS 132
320. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 132
321. DISPOSIÇÕES GERAIS 132

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA – PR–IFTT 133
322. OBJETIVO DA COBERTURA 133
323. DEFINIÇÕES 133
324. ELEGIBILIDADE 133
325. RISCOS EXCLUÍDOS 133
326. CAPITAL SEGURADO 135
327. DATA DO EVENTO 135
328. ÂMBITO GEOGRÁFIO DA COBERTURA 135
329. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 135
330. CARÊNCIA 135
331. FRANQUIA 136
332. BENEFICIÁRIOS 136
333. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 136
334. DISPOSIÇÕES GERAIS 136

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) – IAC 137
335. OBJETIVO DA COBERTURA 137
336. RISCOS COBERTOS 137
337. RISCOS EXCLUÍDOS 137
338. CAPITAIS SEGURADOS 137
339. DATA DO EVENTO 137
340. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 137
341. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) 138
342. TÉRMINO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) 138
343. BENEFICIÁRIOS 138
344. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 138
345. DISPOSIÇÕES GERAIS 138

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) – IFC 139
346. OBJETIVO DA COBERTURA 139
347. RISCOS COBERTOS 139
348. RISCOS EXCLUÍDOS 139
349. CAPITAIS SEGURADOS 139
350. DATA DO EVENTO 140
351. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 140
352. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) 140
353. TÉRMINO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) 140
354. BENEFICIÁRIOS 140
355. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 140
356. DISPOSIÇÕES GERAIS 141

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF 142

357. OBJETIVO DA COBERTURA 142
358. DEFINIÇÕES 142
359. RISCOS COBERTOS 142
360. RISCOS EXCLUÍDOS 142
361. CAPITAIS SEGURADOS 142
362. DATA DO EVENTO 143
363. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 143
364. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S) 143
365. TÉRMINO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S) 143
366. BENEFICIÁRIOS 143
368. DISPOSIÇÕES GERAIS 143

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS 145
369. OBJETIVO 145
370. DEFINIÇÕES 145
371. DETERMINAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO 145
372. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 145
373. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO 146
374. PAGAMENTO DO EXCEDENTE 146
375. MODIFICAÇÕES NA CONDIÇÃO 146
376. DISPOSIÇÕES GERAIS 146

ANEXO I 147
ANEXO II 151

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 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

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

2.2. Acidente Pessoal: 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, a incapacidade temporária 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, moléstias ou enfermidades, 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 micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
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.

2.3. Agravamento do Risco: circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade

ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora e devem ser informadas à Seguradora sob pena de perda do direito à garantia.

2.4. **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.

2.5. **Atualização Monetária:** aplicação de ajuste de valores de prêmio e capital segurado, com base em índice previamente estipulado.

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

2.7. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do capital segurado, respeitada a cobertura contratada, na hipótese de ocorrência de sinistro.

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

2.9. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro.

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

2.11. **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

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

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

2.14. **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.

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

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

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

2.18. 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.

2.19. 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**.**

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

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

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

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

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

2.24. 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**.

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

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

2.27. 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.

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

2.29. 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.

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

2.31. Filho: aquele considerado dependente econômico do Segurado, desde que observadas as condições indicadas abaixo:

i. Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;

ii. Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;

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

2.32. Franquia: período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro ou valor determinado que representa a parte do prejuízo indenizável que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro.

2.33. Grupo Segurado: totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

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

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

2.36. 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.

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

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

2.39. 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.**

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

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

2.42. 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.

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

2.44. 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.

2.45. 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.

2.46. 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.

2.47. *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.

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

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

2.50. 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 e destinam-se a pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, reserva técnica individualizada ou a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ou de quaisquer valores ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) ou ao Estipulante ou ao Subestipulante (se houver). Todas as coberturas de seguro são estruturadas no regime financeiro de repartição simples.

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

2.52. 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.**

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

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

2.55. 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.

2.56. Regulação de Sinistro: processo administrativo que visa verificar as causas e circunstâncias de um evento, a partir de sua comunicação à seguradora e, em face dessas verificações, concluir sobre a sua cobertura ou não, bem como foram cumpridas todas as obrigações legais e contratuais.

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

2.58. 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.

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

2.60. 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.

2.61. 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..

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

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

2.64. 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.

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

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. É facultada ao estipulante e/ou subestipulante a escolha das coberturas do seguro, respeitando as regras de conjugação de planos indicadas nesta cláusula, aplicáveis a todo o grupo segurado. O conjunto das coberturas contratadas deverá ser identificado na proposta de contratação, sendo obrigatória a contratação 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
z) Pagamento Antecipado Especial em Consequência de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional - PAED
aa) Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente – ILPTA
bb) Diária de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente ou Doença – DIH–AD
cc) Perda de Renda por Desemprego Involuntário – PR–DI
dd) Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária – PR–IFTT

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

3.3. Para a contratação de quaisquer 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, Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA e Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente – ILPTA 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, Doença Terminal – DT e Pagamento Antecipado Especial em Consequência de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional – PAED não podem ser contratadas em conjunto.

3.9. As coberturas adicionais de Diária de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente – DIH–A e Diária de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente ou Doença – DIH–AD não podem ser contratadas em conjunto.

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

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

3.12. 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.

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

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

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

3.16. 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.

3.17. 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.

3.18. 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.

3.19. 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.

3.20. 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.

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

3.22. 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.

3.23. 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 CONTRATUAIS E NAS ESPECIAIS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:

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

B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA 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 A GRIPE AVIÁRIA, A FEBRE AFTOSA, A MALÁRIA, A DENGUE, A MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;

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

E) 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 SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;

F) 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;

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

H) 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;

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

J) DOAÇÃO E TRANSPLANTE INTERVIVOS; E
K) 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.
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 CONFORME DEFINIÇÃO PREVISTA NESTAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

4.3. 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 de cobertura 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 certificado individual do 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 a 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, sendo também definida 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. <u>CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL</u>:

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.

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. 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.

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

9.2.2. 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

9.2.3. 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.

9.3. 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.

9.4. Em caso de falecimento do único beneficiário indicado 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 9.2.

9.5. Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, haverá 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.

9.6. 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 9.5, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.

9.7. 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 do formulário efetivamente assinado 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.

9.8. 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.

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

9.10. 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

9.11. 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 pode ser superior 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 declaração pessoal de saúde e atividades integrante da 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 e/ou beneficiário.

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 na proposta de contratação, com base nas seguintes possibilidades:

a) Contributário: aquele em que o segurado paga o prêmio do seguro total ou parcialmente;

b) Não Contributário: aquele que o estipulante e/ou subestipulante (se houver) paga(m) a totalidade do prêmio 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 12.2, 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 NA CLÁUSULA 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 E JUROS MORATÓRIOS, SENDO APLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIAE NA CLÁUSULA 19 – PERDA DE DIREITOS.

12.9. O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do Grupo Segurável, conforme definido no contrato de seguro.

12.10. Na renovação 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.

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

12.12. 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.

12.13. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, será observado o disposto das Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA.

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 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.

13.4. 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 E JUROS MORATÓRIOS.

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 terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data nela estabelecida.

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

15.3. 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 e taxas do seguro, podendo propor as atualizações necessárias para o reequilíbrio atuarial, 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. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice no término de sua vigência, sem devolução dos prêmios pagos.

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

15.10. 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.

15.11. 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).

15.12. 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).

15.13. 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

15.14. 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.

15.15. 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 de adesão 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 de adesão 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 renovado automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas 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. Os capitais segurados e os prêmios poderão ser atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE - ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA com base na variação positiva do último índice publicado antes da renovação da apólice.

17.2. Os valores correspondentes às obrigações decorrentes do seguro sujeitam-se à atualização monetária, a partir da data em que se tornarem exigíveis, pelo IPCA/IBGE – ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, sem prejuízo, quando não respeitado o prazo previsto para cumprimento da obrigação, da aplicação de juros moratórios.

17.2.1. 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.

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

17.3.1. O capital segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente anualmente, no vencimento do certificado individual do seguro **ou** segundo a variação do salário/provento com os limites acordados em Convenção Coletiva da Categoria, **ou** segundo outros fatores objetivos, conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.

17.3.1.1. As atualizações serão calculadas com base na variação positiva apurada do acumulado dos últimos 12 (doze) meses, apurado com até 2 (dois) meses de antecedência ao vencimento do certificado individual de seguro, ou conforme prazo indicado na comunicação referente a atualização de valores.

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

17.3.1.3. 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

17.3.1.4. 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.

17.3.2. Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice estabelecido na cláusula 17.2, 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.

17.3.3. Os valores dos prêmios em atraso sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice estabelecido na cláusula 17.2 a partir da data de vencimento da parcela até a data do seu efetivo pagamento

17.3.4. Os valores das indenizações de sinistros sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice estabelecido na cláusula 17.2, 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.**

17.4. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.2 DESTA CLÁUSULA, APLICAR-SE-ÃO NAS SITUAÇÕES PREVISTAS NOS SUBITENS 17.3.2, 17.3.3 E 17.3.4, JUROS MORATÓRIOS, DE 1% (UM POR CENTO) AO MÊS "PRO RATA TEMPORIS", A PARTIR DA DATA DEFINIDA PARA CADA PREVISÃO ATÉ A DATA DO SEU EFETIVO PAGAMENTO.

17.5. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.2 DESTA CLÁUSULA, APLICAR-SE-ÃO NAS SITUAÇÕES PREVISTAS NO SUBITEM 17.3.4 MULTA DE 2% (DOIS POR CENTO) SOBRE O MONTANTE DEVIDO CORRIGIDO MONETARIAMENTE.

17.6. 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 o desaparecimento 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:

19.1.3.3. 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.

19.1.3.4. 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.

19.1.3.5. 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.

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

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 estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos, ¾ (três quartos) do grupo segurado;
b) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das condições contratuais da apólice;
c) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo(s) estipulante(s), subestipulante(s) e/ou preposto, devidamente comprovada na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;
d) Quando o estipulante e/ou subestipulante(s) deixar de efetuar o pagamento ou repasse dos prêmios do seguro, observado o disposto na Cláusula 13 – 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 aplicável será suspensa por 1 (uma) única vez, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

21.1.6. 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;
   - **a. 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;**
   - **b. 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:
   - **a. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):**
     - **i. Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);**
     - **ii. 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
   - **i. 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).

o) 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:

a. **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););**
b. **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. Após o prazo estabelecido no item 21.3.5., o capital segurado será atualizado, a partir da data de sua exigibilidade, pelo índice para atualização de valores, acrescido de juros moratórios e multa de 2% (dois por cento), conforme previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS E ALTERAÇÃO DE VALORES.

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

21.9. O valor a ser indenizado será pago em parcela única.

22.ALTERAÇÕES NA APÓLICE

22.1. Eventuais alterações da apólice vigente que não implicarem ônus, dever ou redução de direitos aos segurados, poderão ser realizadas com a anuência do estipulante e/ou subestipulante.

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. Qualquer alteração da apólice vigente **que implique ônus, deveres ou redução de direitos dos segurados** deverá apresentar à seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado, observado o disposto na Cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA.

23.OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE

23.1. Sem prejuízo de outras obrigações previstas nestas condições 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 seguro contratado;

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, comunicações e materiais de comercialização e publicidade 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;

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 <u>seguros contributários</u>, 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.

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, conforme cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO, subitem 8.1 deste documento, observadas as condições e prazos da normatização e legislação em vigor.

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

23.6. <u>Nos seguros contributários ou parcialmente contributários, o Estipulante fica terminantemente</u>

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 do seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizadas, por escrito.

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.

27. DISPOSIÇÕES GERAIS

27.1. A aceitação da proposta 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 do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

27.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

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 ou ao Estipulante ou ao Subestipulante (se houver).**

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

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

29.CAPITAIS SEGURADOS

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.TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

32.1. 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 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.

32.1.1. 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.

33.DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA BÁSICA DE DECESSOS – DEC

34. OBJETIVO DA COBERTURA

34.1. 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 e conforme descrito na Cláusula 36 – RISCOS COBERTOS, 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.**

35.DEFINIÇÕES

35.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, também se aplica 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.

36.RISCOS COBERTOS

36.1. A presente cobertura garante a prestação de serviço ou o reembolso dos gastos funerários, **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, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

36.2. 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.

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

36.2.2. 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.

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

36.4. 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.

36.5. 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 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 à respeito das providências tomadas.

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

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

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

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

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

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

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

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

36.6. 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.

36.7. 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.

36.8. 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.**

36.9. 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.**

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

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

36.10.1. 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.

36.11. 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).

36.12. 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.

36.13. 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.

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

37. RISCOS EXCLUÍDOS

37.1. 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.

38. CAPITAIS SEGURADOS

38.1. 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.

38.2. 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.

38.3. 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.

39. DATA DO EVENTO

39.1. 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.

40. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

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

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

41.TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

41.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, 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. No caso de filhos, a perda de uma das condições indicadas na Cláusula 34 – DEFINIÇÕES, também extinguirá a referida cobertura.

42.BENEFICIÁRIOS

42.1. 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.

42.2. 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.

43.REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

43.2. 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.

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

43.4. 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.

44.DISPOSIÇÕES GERAIS

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

desta cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL – MA

45.OBJETIVO DA COBERTURA

45.1. 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, **observado os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

46.CAPITAIS SEGURADOS

46.1. 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.

46.2. 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.

46.3. 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.

47.DATA DO EVENTO

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

48. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

48.1. 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 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.

48.1.1. 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.

49.DISPOSIÇÕES GERAIS

49.1. 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

50.OBJETIVO DA COBERTURA

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

51.RISCOS COBERTOS

51.1. 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 55 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

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

52.RISCOS EXCLUÍDOS

52.1. 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.

53.CAPITAIS SEGURADOS

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

53.2. 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.

53.3. 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.

53.4. 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.

54.DATA DO EVENTO

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

do acidente pessoal coberto.

55.COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

55.1. 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.

56.TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

56.1. 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, das condições gerais, esta cobertura cessa na seguinte situação:

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

56.1.1. 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 ALTERAÇÃO DE VALORES das condições gerais.

57.DISPOSIÇÕES GERAIS

57.1. 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

58. OBJETIVO DA COBERTURA

58.1. 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.**

59. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

59.1. Entende-se como Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a ser pago em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no Anexo I destas condições contratuais, em virtude de lesão física exclusivamente decorrente de Acidente Pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observado o disposto no item 59.9 desta cláusula.

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

59.3. 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).**

59.4. 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.

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

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

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

59.8. 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.

59.9. 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.

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

60. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

60.1.2. OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;

60.1.3. OS ERROS MÉDICOS;

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

60.1.5. ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;

60.1.6. TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO; E

60.1.7. PERDA DE DENTES, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO.

61. CAPITAIS SEGURADOS

61.1. 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.

61.2. 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.

61.3. 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.

61.4. 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 81 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crimes – IPA–C destas condições especiais.

62.DATA DO EVENTO

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

63.REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

63.1. 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.

64.TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

64.1. 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 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.

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

65.REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

65.1. 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).

66.DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

67.OBJETIVO DA COBERTURA

67.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento da indenização ao próprio segurado, limitada ao valor do capital segurado contratado, caso o segurado venha a se tornar parcial ou totalmente inválido em caráter permanente conforme especificado na Cláusula 68 – RISCOS COBERTOS, em decorrência de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

68.RISCOS COBERTOS

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

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

68.2. 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.

68.3. 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.**

68.4. Esta cobertura não é extensiva aos segurados dependentes.

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

69.RISCOS EXCLUÍDOS

69.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL TODOS OS RISCOS EXCLUÍDOS CONSTANTES NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS E NA CLÁUSULA 60 – RISCOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA, DESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

70.CAPITAIS SEGURADOS

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

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

71.DATA DO EVENTO

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

72.TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

72.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE 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.

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

73.REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

73.1. 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 apresentadas os documentos relacionados na Cláusula 65 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

74.DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

75.OBJETIVO DA COBERTURA

75.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento de uma indenização ao próprio segurado, limitada ao valor do capital segurado contratado, caso o segurado venha a se tornar parcial ou totalmente inválido em caráter permanente, conforme especificado na Cláusula 76 – RISCOS COBERTOS, **decorrente de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto em consequência de crime cometido contra o segurado** ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

76.RISCOS COBERTOS

76.1. 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 81 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

76.2. Aplicam-se à esta cobertura as condições definidas na CLÁUSULA 59 – 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.

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

77.RISCOS EXCLUÍDOS

77.1. 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.

78.CAPITAIS SEGURADOS

78.1. 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.

78.2. 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.

79.DATA DO EVENTO

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

80.REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

80.1. 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.

81.COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

81.1. 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.

82.TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

82.1. 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 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.

82.1.1. 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.

83.REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

83.1. 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 65 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

84.DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

85.OBJETIVO DA COBERTURA

85.1. 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 86 – 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.**

86.RISCOS COBERTOS

86.1. 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, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

86.2. 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 86.9, 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 86.6 desta cláusula.

86.3. 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 86.9 desta cláusula. 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 referida Tabela, cujo resultado será aplicado sobre o Capital Segurado apurado na data do acidente.

86.4. QUANDO DE UM MESMO ACIDENTE RESULTAR INVALIDEZ DE MAIS DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO,
86.5. da tabela constante no item 86.9 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.
86.6. A perda de dentes **e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente total por acidente prevista para a presente cobertura.**

86.7. 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.

86.8. 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.

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

86.10. 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

87.RISCOS EXCLUÍDOS

87.1. 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.

88.CAPITAIS SEGURADOS

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

89.DATA DO EVENTO

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

90.TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

90.1. 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 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.

90.1.1. 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.

91.REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

91.1. 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).

92.DISPOSIÇÕES GERAIS

92.1. 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

93.OBJETIVO DA COBERTURA

93.1. 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 na Cláusula 95 – RISCOS COBERTOS, ocorrida durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

94.DEFINIÇÕES

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

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.

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.

95.RISCOS COBERTOS

95.1. 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,** especificado no item 95.2 desta cláusula, ocorrida durante o período de vigência do seguro, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

95.2. Para todos os efeitos desta cobertura é considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das suas Relações Autonômicas comprovadas na forma definida nos itens 95.4 e 95.5 desta cláusula. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na Cláusula 100 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

95.3. 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.

95.4. 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", de acordo com a definição constante do item 94.1 da Cláusula 94 – DEFINIÇÕES;
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; 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.

95.5. 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.

95.6. 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.

96.RISCOS EXCLUÍDOS

96.1. 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) A INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA, ASSIM ENTENDIDA COMO AQUELA PARA A QUAL NÃO SE PODE ESPERAR RECUPERAÇÃO OU REABILITAÇÃO COM RECURSOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DE SUA CONSTATAÇÃO, PARA O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE LABORATIVA EXERCIDA PELO SEGURADO;
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 93 – RISCOS COBERTOS.

97.CAPITAIS SEGURADOS

97.1. 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.

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

98. DATA DO EVENTO

98.1. 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 100 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

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, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

99. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

99.1. 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 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.

99.1.1. 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.

100. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

100.1. 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.

100.2. 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.

100.3. 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 95 – RISCOS COBERTOS, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

100.4. 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.

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

101.1. 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.

101.2. 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.

102. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

102.1. 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.

103. DISPOSIÇÕES GERAIS

103.1. 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 – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A

104. OBJETIVO DA COBERTURA

104.1. 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 106 – RISCOS COBERTOS, ocorrida durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

105. DEFINIÇÕES

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

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.

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.

106. RISCOS COBERTOS

106.1. 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,** especificado no item 106.2 desta cláusula, ocorrida durante o período de vigência do seguro, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

106.2. Para todos os efeitos desta cobertura é considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das suas Relações Autonômicas comprovadas na forma definida nos itens 106.4 e 106.5 desta cláusula. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na Cláusula 111 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

106.3. 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.

106.4. 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", de acordo com a definição constante do item 105.1 da Cláusula 105 – DEFINIÇÕES;
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.

106.5. 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.

106.6. 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.

107. RISCOS EXCLUÍDOS

107.1. 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;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;
F) OS QUADROS CLÍNICOS INCAPACITANTES, COM REPERCUSSÕES CLÍNICAS PARCIAIS QUE NÃO IMPLIQUEM EM PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO;
G) TODA E QUALQUER OUTRA CONDIÇÃO MÉDICA QUE NÃO SE ENQUADRE NOS CRITÉRIOS DEFINIDOS NA CLÁUSULA 104 – RISCOS COBERTOS.

108. CAPITAIS SEGURADOS

108.1. 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.

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

109. DATA DO EVENTO

109.1. 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 111 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

109.2. 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.

110. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

110.1. 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 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.

110.1.1. 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.

111. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

111.1. 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.

111.2. 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 106 – RISCOS COBERTOS, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

111.3. 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.

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

112.1. 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.

112.2. 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.

113. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

113.1. 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.

114. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

115. OBJETIVO DA COBERTURA

115.1. 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.**

115.2. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença– DIH–AD.

116. DEFINIÇÕES

116.1. 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.

117. RISCOS COBERTOS

117.1. 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 119 – CAPITAIS SEGURADOS, **sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo de indenização com base nas despesas hospitalares incorridas, observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

117.2. 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 121 – FRANQUIA.

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

117.4. 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.

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

118. RISCOS EXCLUÍDOS

118.1. 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.

119. CAPITAIS SEGURADOS

119.1. 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.

119.2. 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.**

119.2.1. 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.

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

120. DATA DO EVENTO

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

121. FRANQUIA

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

121.2. 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.

122. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

122.1. 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 das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento de 3 (três) eventos no período de 12 (doze) meses;

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

123. BENEFICIÁRIOS

123.1. Será o próprio segurado.

124. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

124.1. 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.

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

125. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL – DT

126. OBJETIVO DA COBERTURA

126.1. 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.**

127. RISCOS COBERTOS

127.1. 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 131 – CARÊNCIA, observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

127.2. 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.

128. RISCOS EXCLUÍDOS

128.1. 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.

129. CAPITAIS SEGURADOS

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

130. DATA DO EVENTO

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

131. CARÊNCIA

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

132. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

132.1. 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 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.

133. BENEFICIÁRIOS

133.1. 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.

134. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

134.1. 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.

135. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES – DG

136. OBJETIVO DA COBERTURA

136.1. 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 137 – DEFINIÇÕES, **observada as condições contratuais.**

137. DEFINIÇÕES

137.1. 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 subaracnoidea, 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.

Carcinoma ou Câncer: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. 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.

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.**

138. RISCOS COBERTOS

138.1. 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, observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.

138.2. 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 146 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

138.3. 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.

138.4. 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.

138.5. Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

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

139. RISCOS EXCLUÍDOS

139.1. 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.

139.1.1. 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.

139.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 139.1, 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.

139.3. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 139.1, 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.

139.4. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 139.1, 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.

139.5. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 139.1, ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTES EVENTOS PARA CIRURGIA CORONARIANA:
A) ANGIOPLASTIA;
B) CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA DE REVUSCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO (CIRURGIA TIPO "KEY-HOLE").

139.6. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 139.1, ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTES EVENTOS PARA TRANSPLANTE 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) AUTOTRANSPLANTE (TRANSPLANTE DE PARTES DO INDIVÍDUO EM SI PRÓPRIO), EXCETO DE MEDULA ÓSSEA;
F) COLOCAÇÃO CORAÇÃO ARTIFICIAL, AINDA QUE COLOCADO TEMPORARIAMENTE, VISANDO SE A COLOCAÇÃO DE CORAÇÃO HUMANO NO FUTURO;
G) TRANSPLANTE DE QUAISQUER ÓRGÃOS NÃO-HUMANOS.

140. CAPITAIS SEGURADOS

140.1. 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.

141. DATA DO EVENTO

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

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

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

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

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

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

141.1.6. 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.

142. CARÊNCIA

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

143. FRANQUIA

143.1. 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.**

144. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

144.1. 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 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.

145. BENEFICIÁRIOS

145.1. Será o próprio segurado.

146. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

146.1. 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:

146.1.1. 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, estádio 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.**

146.1.2. 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.

146.1.3. 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).

146.1.4. 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.

146.1.5. 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.

146.1.6. Para o evento decorrente de **Transplante Total de Órgão** 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.

146.2. 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.

146.3. **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.**

146.4. 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.

146.5. 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.

147. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC

148. OBJETIVO DA COBERTURA

148.1. 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 149 – DEFINIÇÕES e 150 – RISCOS COBERTOS, **observada as condições contratuais.**

149. DEFINIÇÕES

149.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, também se aplicam 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.

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.**

Estádio da Neoplasia: é a fase da evolução de uma neoplasia. O conceito de estádio 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.

150. RISCOS COBERTOS

150.1. 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.

150.2. 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 151 – 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.**

150.3. 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.

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

151. RISCOS EXCLUÍDOS

151.1. 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.

152. CAPITAIS SEGURADOS

152.1. 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.

153. DATA DO EVENTO

153.1. 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.

154. CARÊNCIA

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

155. FRANQUIA

155.1. 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.**

156. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

156.1. 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 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.

157. BENEFICIÁRIOS

157.1. Será o próprio segurado.

158. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

158.1. 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, estádio 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.**

158.2. 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.

158.3. 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.

158.4. 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.

158.5. 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.

159. DISPOSIÇÕES GERAIS

159.1. 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

160. OBJETIVO DA COBERTURA

160.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento ao segurado das diárias a que tiver direito se sua incapacidade, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, respeitado o período de franquia indicado na Cláusula 165 – FRANQUIA e **as demais previsões das condições contratuais.**

161. RISCOS COBERTOS

161.1. 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.**

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

161.3. 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.

161.4. 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.

161.5. 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.

161.6. 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.

161.7. 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.

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

162. RISCOS EXCLUÍDOS

162.1. 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 E/OU NO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO;**
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.**

163. CAPITAIS SEGURADOS

163.1. 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.

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

164. DATA DO EVENTO

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

165. FRANQUIA

165.1. 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.

166. LIMITE DE DIÁRIAS

166.1. 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.

167. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

167.1. 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 das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento total das diárias contratadas.

168. BENEFICIÁRIOS

168.1. 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.

169. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

169.1. 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).

169.2. 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.

170. DISPOSIÇÕES GERAIS

170.1. 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

171. OBJETIVO DA COBERTURA

171.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento ao segurado das diárias a que tiver direito se sua incapacidade, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto,** respeitado o período de franquia do seguro indicado na Cláusula 176 – FRANQUIA, e **as demais disposições contratuais.**

172. RISCOS COBERTOS

172.1. 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 176 – FRANQUIA, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto,** ocorrido durante o período de vigência do seguro**, observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

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

172.3. 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.

172.4. 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 á indenização com base no Código Civil Brasileiro.

172.5. 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.

172.6. 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.

172.7. 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.

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

173. RISCOS EXCLUÍDOS

173.1. 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.

174. CAPITAIS SEGURADOS

174.1. 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.

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

175. DATA DO EVENTO

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

176. FRANQUIA

176.1. 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.

177. LIMITE DE DIÁRIAS

177.1. 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.

178. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

178.1. 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 das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento total das diárias contratadas.

179. BENEFICIÁRIOS

179.1. Será o próprio segurado.

180. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

180.1. 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).

180.2. 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.

181. DISPOSIÇÕES GERAIS

181.1. 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

182. OBJETIVO DA COBERTURA

182.1. 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.**

183. RISCOS COBERTOS

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

183.2. 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.

183.3. 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.

184. RISCOS EXCLUÍDOS

184.1. 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.

185. CAPITAIS SEGURADOS

185.1. 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.

186. DATA DO EVENTO

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

187. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

187.1. 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.

188. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

188.1. 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 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;

189. BENEFICIÁRIOS

189.1. 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.

190. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

190.2. 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.

190.3. 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.

190.4. 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.

191. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

191.1. 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.

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

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

192. DISPOSIÇÕES GERAIS

192.1. 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

193. OBJETIVO DA COBERTURA

193.1. 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.**

194. DEFINIÇÕES

194.1. 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.

195. RISCOS COBERTOS

195.1. 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, **observada as condições contratuais.**

195.2. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF.

195.3. Não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.

196. RISCOS EXCLUÍDOS

196.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTARÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL:

A) DOENÇAS CONGÊNITAS DECORRENTES DO MEDICAMENTOS, 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.

197. CAPITAIS SEGURADOS

197.1. 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.

197.2. 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.

197.3. 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.

198. DATA DO EVENTO

198.1. 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.

199. CARÊNCIA

199.1. O prazo de carência para esta cobertura será de 90 (noventa) dias a partir do início de vigência seguro ou da inclusão da cobertura adicional.

199.2. 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.

200. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

200.1. 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 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.

201. BENEFICIÁRIOS

201.1. Será o próprio segurado.

202. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

202.1. A constatação da ocorrência do evento deverá ser realizada até completar o 1º (primeiro) ano de vida do filho do segurado.

202.2. 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 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 o cada caso).

203. DISPOSIÇÕES GERAIS

203.1. 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

204. OBJETIVO DA COBERTURA

204.1. 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.**

204.2. **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.

205. RISCOS COBERTOS

205.1. 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 209 – CARÊNCIA,** até o limite do capital segurado contratado, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

205.2. **Esta cobertura adicional poderá ser contratada somente quando o custeio do seguro for não contributário.**

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

206. RISCOS EXCLUÍDOS

206.1. **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.**

207. CAPITAIS SEGURADOS

207.1. 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.

208. DATA DO EVENTO

208.1. 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.

209. CARÊNCIA

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

210. BENEFICIÁRIOS

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

211. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

211.1. 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 das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o falecimento do Segurado Titular e pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura; e

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

212. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

212.1. 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.

213. DISPOSIÇÕES GERAIS

213.1. 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

214. OBJETIVO DA COBERTURA

214.1. 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 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.**

214.2. **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.

215. RISCOS COBERTOS

215.1. 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, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

215.2. **Esta cobertura adicional poderá ser contratada somente quando o custeio do seguro for não contributário.**

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

216. RISCOS EXCLUÍDOS

216.1. **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.**

217. CAPITAIS SEGURADOS

217.1. 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.

218. DATA DO EVENTO

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

219. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

219.1. **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 das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) **Com o falecimento do Segurado Titular e pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura; e**
b) **Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.**

220. BENEFICIÁRIOS

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

221. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

221.1. 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.

222. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ

223. OBJETIVO DA COBERTURA

223.1. 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 e conforme descrito na Cláusula 225 – RISCOS COBERTOS, 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.**

224. DEFINIÇÕES

224.1. 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.

225. RISCOS COBERTOS

225.1. 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 contrato** e conforme as modalidades apresentadas nesta cláusula, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

225.2. 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.

225.3. 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.

225.4. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Decessos – DEC.

226. CAPITAIS SEGURADOS

226.1. 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.

227. DATA DO EVENTO

227.1. 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.

228. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

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

229. CARÊNCIA

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

230. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

230.1. 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, das condições gerais, esta cobertura cessa:

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

230.1.1. No caso de contratação de plano Familiar, o cônjuge/companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização desta cobertura no caso separação judicial ou fim da união estável com o segurado principal. No caso de Filhos, a perda de uma das condições indicadas na Cláusula 224 – DEFINIÇÕES também extinguirá a referida cobertura.

231. BENEFICIÁRIOS

231.1. 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.

232. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

232.1. 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.

233. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE

234. OBJETIVO DA COBERTURA

234.1. 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.**

235. RISCOS COBERTOS

235.1. 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, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

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

236. CAPITAIS SEGURADOS

236.1. 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.

237. DATA DO EVENTO

237.1. 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.

238. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

238.1. 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, 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.

239. BENEFICIÁRIOS

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

239.2. 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.

240. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

240.1. 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.

241. DISPOSIÇÕES GERAIS

241.1. 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

242. OBJETIVO DA COBERTURA

242.1. 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.**

243. RISCOS COBERTOS

243.1. 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, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

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

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 do acidente pessoal coberto.

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, 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. BENEFICIÁRIOS

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

247.2. 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.

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

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 natural do segurado, ocorrida durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

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

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 de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

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, 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. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

253.1. 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.

254. DISPOSIÇÕES GERAIS

254.1. 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

255. OBJETIVO DA COBERTURA

255.1. 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.**

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

256. CAPITAIS SEGURADOS

256.1. 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.

257. DATA DO EVENTO

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

258. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

258.1. 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, 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.

259. DISPOSIÇÕES GERAIS

259.1. 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

260. OBJETIVO DA COBERTURA

260.1. 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.**

261. RISCOS COBERTOS

261.1. 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, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

261.2. 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 261.7 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 261.6.

261.3. 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 261.7 desta cláusula.

261.4. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão da tabela constante no item 261.7, 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.

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

261.6. 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.

261.7. 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

262. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

C) OS ACIDENTES MÉDICOS;

D) PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;

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

263. CAPITAIS SEGURADOS

263.1. 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.

264. DATA DO EVENTO

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

265. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

265.1. 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, 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.

266. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

266.1. 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).

267. DISPOSIÇÕES GERAIS

267.1. 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

268. OBJETIVO DA COBERTURA

268.1. 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 269 – 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.**

269. RISCOS COBERTOS

269.1. 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, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

269.2. Aplicam-se à esta cobertura as condições definidas na Cláusula 59 – 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.

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

270. RISCOS EXCLUÍDOS

270.1. 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.

271. CAPITAIS SEGURADOS

271.1. 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.

272. DATA DO EVENTO

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

273. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

273.1. 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.

274. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

274.1. 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 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.

274.1.1. 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.

275. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

275.1. 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).

276. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE PAGAMENTO ANTECIPADO ESPECIAL EM CONSEQUENCIA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL – PAED

277. OBJETIVO DA COBERTURA

277.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento antecipado da cobertura básica de Morte - M, caso fique caracterizada a invalidez laborativa permanente total por doença profissional do Segurado, conforme determina a legislação do Ministério do Trabalho e Emprego, comprovada mediante Relatório de Médico e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

278. DEFINIÇÕES

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

Atividade Laborativa Principal: É aquela através da qual o Segurado obteve a maior renda, dentro de determinado exercício anual, comprovadamente exercida pelo Segurado.

Doença Profissional: Doença adquirida no ambiente de trabalho **exclusivamente** em razão da Atividade Laborativa Principal exercida pelo Segurado e que o impeça de desempenhar definitivamente suas funções e pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

279. RISCOS COBERTOS

279.1. 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 Laborativa Permanente Total por Doença Profissional**,** conforme determina a legislação do Ministério do Trabalho e Emprego, comprovada mediante Relatório de Médico do trabalho e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), ocorrida durante o período de vigência do seguro, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

279.2. A indenização somente será devida caso fique caracterizada a invalidez laborativa permanente total por Doença Profissional do Segurado, assim entendida a doença adquirida no ambiente de trabalho exclusivamente em razão da atividade laborativa exercida pelo Segurado e que o impeça de desempenhar definitivamente suas funções.

279.3. A invalidez laborativa deve se caracterizar como permanente, ou seja, aquela pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e desde que a data do início de tratamento e/ou diagnóstico da Doença Profissional caracterizada seja posterior à data de sua inclusão no Seguro.

279.4. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta Cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

279.5. Além da comprovação médica, se faz necessário a comprovação da aposentadoria do segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por doença profissional que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data do início de vigência da cobertura e que o segurado seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

279.6. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença - Antecipação – IFPD-A, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD e Doença Terminal - DT.

280. RISCOS EXCLUÍDOS

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

A) DOENÇA QUE TENHA CAUSADO AFASTAMENTO OU APOSENTADORIA EM DATA ANTERIOR AO INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL DO SEGURO, AINDA QUE O SEGURADO CONTINUE EXERCENDO SUA ATIVIDADE LABORATIVA PRINCIPAL;

B) TODA E QUALQUER CONDIÇÃO MÉDICA QUE NÃO SE ENQUADRE NOS CRITÉRIOS DEFINIDOS NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.

281. CAPITAIS SEGURADOS

281.1. 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.

281.2. Reconhecida a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional pela Seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob a forma de parcela única.

282. DATA DO EVENTO

282.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da caracterização da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional, indicada no relatório médico de que trata a Cláusula 278 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

282.2. A data da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional 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.

283. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

283.1. 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 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, sendo a apólice cancelada.

283.1.1. 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 das condições gerais.

284. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

284.1. Do relatório médico deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato da caracterização da doença profissional, conforme determina a legislação do Ministério do Trabalho, definido na Cláusula 273 – RISCOS COBERTOS, indicando a data da Invalidez Laborativa Permanente

Total por Doença Profissional.

284.2. 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 e assinado pelo médico que assistiu o segurado;
b) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes que justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;
c) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho do Segurado Principal, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, caso a Invalidez Total o impeça de manter-se empregado (se houver);
d) Cópia do Termo de Concessão de Aposentadoria emitida pela Previdência Oficial ou publicada no Diário Oficial (se houver);
e) Cópia Carteira de Trabalho e Previdência Social-CTPS digital ou cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social-CTPS do Segurado Principal: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho e anotações gerais;
f) Cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da Estipulante ou Subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) ou GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social);
g) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) e/ou GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) onde deverá constar o Segurado sinistrado.

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

285. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

285.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional 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.

286. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – ILPTA

287. OBJETIVO DA COBERTURA

287.1. 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, em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, especificado na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, que o impeça de exercer sua atividade laborativa principal, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

288. DEFINIÇÕES

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

Atividade Laborativa Principal: É aquela através da qual o Segurado obteve a maior renda, dentro de determinado exercício anual, comprovadamente exercida pelo Segurado.

289. RISCOS COBERTOS

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

289.2. Entende-se como Invalidez Laborativa Principal por Acidente, a incapacidade ocasionada em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação para o exercício pleno da atividade laborativa principal do segurado, que impeça de forma permanente de atuar na atividade principal de sua profissão.

289.3. 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 Laborativa 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, em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente.

289.4. A perda ou redução funcional de um membro ou órgão já inválido/incapacitado antes do acidente não caracteriza Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente.

289.5. Não podem configurar como Segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

289.6. A Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente deverá ser comprovada por declaração médica.

289.7. Além da comprovação médica, se faz necessário a comprovação da aposentadoria do segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por acidente pessoal que o impeça de

desempenhar sua atividade laborativa principal, que a data do acidente seja posterior à data do início de

vigência da cobertura e que o segurado seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

289.8. 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.

289.9. As indenizações pelas coberturas de Morte e Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente – ILPTA não se acumulam. Se depois de pagar uma indenização por ILPTA, 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 ILPTA.

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

290. RISCOS EXCLUÍDOS

290.1. 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) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;
E) PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS;
F) QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA PERMANENTE TOTAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO E/OU QUANDO O ACIDENTE TIVER OCORRIDO EM DATAS ANTERIORES À DATA DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO;
G) PRÁTICA DE ESPORTE(S) DE ALPINISMO, ASA DELTA, BALONISMO, CICLISMO, LUTAS, MERGULHO, PARA QUEDISMO, PILOTO DE PROVA/COMPETIÇÃO (TERRESTRE/ AÉREO E MARÍTIMO), RAFTING, ULTRALEVE E VÔO LIVRE.

291. CAPITAIS SEGURADOS

291.1. 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.

292. DATA DO EVENTO

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

293. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

293.1. 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 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.

293.1.1. 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.

294. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

294.1. 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 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).
c) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho do Segurado Principal, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, caso a Invalidez Total o impeça de manter-se empregado;
d) Cópia do Termo de Concessão de Aposentadoria emitida pela Previdência Oficial ou publicada no Diário Oficial (se houver);
e) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social-CTPS digital ou cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social-CTPS física do Segurado Principal: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho e anotações gerais;
f) Cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da Estipulante ou Subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) ou GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social);
g) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) e/ou GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) onde deverá constar o Segurado sinistrado.

295. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH–AD

296. OBJETIVO DA COBERTURA

296.1. Esta cobertura, se contratada, garante ao próprio segurado, o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar, **exclusivamente em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto**, limitado ao número máximo de diárias estabelecido na apólice e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro, **observadas as disposições contratuais.**

296.2. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH–A.

296.3. 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.

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

297. DEFINIÇÕES

297.1. 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 se entende 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.

298. RISCOS EXCLUÍDOS

298.1. 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) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

b) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto, e salvo aquelas reparadoras de lesões decorrentes do tratamento cirúrgico de neoplasias;
c) Gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;
d) Procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
e) Cirurgia para correção de fimose;
f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
g) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
i) Cirurgias plásticas (estéticas ou não);
j) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
k) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
l) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
m) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o "stress".

299. CAPITAIS SEGURADOS

299.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão estabelecidos na apólice e/ou contrato de seguro e/ou certificado individual, respeitando as seguintes regras:
a) Valor máximo por diária estabelecido e definido na apólice, e/ou no contrato de seguro e/ou no certificado individual;
b) Limite máximo de até 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
c) Limite de até 2 (dois) eventos cobertos por vigência.

299.2. O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária, vezes o número de dias de internação, respeitando o período de franquia.

299.3. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, após o período de franquia indicado na Cláusula 299 – FRANQUIA desta cobertura adicional, até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais.

299.4. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

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

300. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

300.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições das condições contratuais, sem cobrança de prêmio adicional.

300.2. Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

300.3. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

300.3.1. Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido na Cláusula 293 – CAPITAIS SEGURADOS desta cobertura adicional.

301. DATA DO EVENTO

301.1. Considera-se como data de evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da internação.

302. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

302.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional.

303. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

303.1. 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 das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento da quantidade total de eventos contratados, constantes na apólice individual, e/ou certificado individual, e/ou contrato de seguro;

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

303.1.1. 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.

304. BENEFICIÁRIOS

304.1. O beneficiário será o próprio segurado.

305. FRANQUIA

305.1. O período de franquia para esta cobertura é de, no mínimo 2 (dois) e no máximo, 15 (quinze) dias e será contado a partir do horário inicial de internação hospitalar estando indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro.

306. CARÊNCIA

306.1. Para os eventos decorrentes de doença, o período de carência para esta cobertura é de, até, 90 (noventa) dias e será contado a partir do início de vigência do seguro, estando indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro.

307. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

307.1. 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 ou laudo, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o segurado que sofreu o sinistro, contendo o histórico do atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima em decorrência de doença ou acidente pessoal e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, data de entrada e saída do hospital, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
b) Todos os exames realizados;
c) Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica.
d) Cópia do Prontuário Médico com a descrição do tratamento, prognóstico, internação hospitalar e alta médica definitiva.

308. DISPOSIÇÕES GERAIS

308.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais da cobertura.

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – PR–DI

309. OBJETIVO DA COBERTURA

309.1. Esta Cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, tem como objetivo garantir o pagamento ao segurado do Capital Segurado contratado, em caso de perda de renda por Desemprego Involuntário do Segurado, respeitado o Limite Máximo de Indenização, desde que enquadrado no perfil indicado na cláusula 311 – ELEGIBILIDADE desta Condição Especial, para Evento ocorrido durante a Vigência do Seguro, **respeitando os períodos de Carência e Franquia, e observados os Riscos Excluídos e as demais disposições contratuais.**

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

310. DEFINIÇÕES

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

310.1.1. Desemprego Involuntário: perda do emprego remunerado e formal (registrado em Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS) do Segurado, em razão dele ter sido demitido pelo seu empregador sem justa causa.

311. ELEGIBILIDADE

311.1. Será elegível à contratação desta Cobertura e recebimento da Indenização, as pessoas físicas que possuam vínculo empregatício sujeito exclusivamente ao regime da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, , se houver, por período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos no último vínculo, para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do Evento Coberto, e desde que a atividade exercida possa ser comprovada através dos documentos relacionados na cláusula 320 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

311.2. Desta forma, são inelegíveis à contratação desta Cobertura todos os que não se enquadram no conceito e definição indicados no seu objeto, especialmente os:

a) Profissionais liberais, assim entendidos aqueles que exerçam profissão intelectual de natureza científica, literária ou artística, sem vínculo empregatício;
b) Profissionais autônomos, assim entendidos aqueles que exerçam sua atividade profissional sem vínculo empregatício;
c) Empresários individuais, rurais ou sócios e/ou participantes de conselhos de administração de sociedade empresária, conforme definição prevista na legislação civil e comercial em vigor;
d) Funcionários públicos temporários ou que tenham cargo/mandato de eleição pública, assessores e outros nomeados cujos contratos de trabalho não estiverem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT e/ou por estatuto (lei) específico; e
e) Proponente pessoa jurídica.

311.3. Após um evento de Desemprego Involuntário em que o Segurado tenha sido indenizado, somente estará elegível a contratação novamente desta Cobertura, após a comprovação do novo período mínimo de 12 (doze) meses de novo trabalho ininterrupto, para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

311.4. Para recebimento da Indenização, além dos requisitos descritos acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de dias correspondente à Franquia prevista para a Cobertura, conforme cláusula 318 – FRANQUIA desta Condição Especial.

311.5. É vedada a contratação desta Cobertura por Proponente pessoa jurídica.

312. RISCOS EXCLUÍDOS

312.1. 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 DE E/OU RELACIONADOS A:

A) ABANDONO DE EMPREGO, RENÚNCIA OU PEDIDO DE DEMISSÃO VOLUNTÁRIA DO TRABALHO;
B) DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA DO SEGURADO;
C) DEMISSÃO QUANDO O SEGURADO É FUNCIONÁRIO DIRETO DE PARENTE, CONSANGUÍNEO OU AFIM;
D) DEMISSÃO MOTIVADA POR GUERRA, REVOLUÇÃO OU ASSEMELHADOS;
E) QUANDO O SEGURADO FOR MEMBRO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA EMPRESA;
F) FUNCIONÁRIOS QUE TENHAM CARGO DE ELEIÇÃO PÚBLICA, E QUE NÃO FOREM REGISDOS PELA CLT (CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO), INCLUINDO-SE ASSESSORES E OUTROS DE NOMEAÇÃO EM DIÁRIO OFICIAL;
G) QUANDO A CONTRATAÇÃO E/OU INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO OCORRER DENTRO DO PERÍODO DE AVISO PRÉVIO, CUMPRIDO OU INDENIZADO;
H) JUBILAÇÃO, PENSÃO OU APOSENTADORIA DO SEGURADO;
I) ADESÃO PELO SEGURADO A PROGRAMAS DE DEMISSÃO VOLUNTÁRIA – PDV, INCENTIVADOS POR SEU EMPREGADOR OU APOSENTADORIA POR TEMPO DE SERVIÇO (FACULTATIVA OU COMPULSÓRIA) DO SEGURADO;
J) ESTÁGIOS E CONTRATOS DE TRABALHO TEMPORÁRIOS EM GERAL;
K) PERDA DE EMPREGO RESULTANTE DE FALÊNCIA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL DO EMPREGADOR DO SEGURADO;
L) CAMPANHAS DE DEMISSÕES EM MASSA, A SABER: QUANDO A EMPRESA EMPREGADORA DO SEGURADO DEMITE MAIS DE 10% (DEZ POR CENTO) DE SEU QUADRO DE PESSOAL NO MESMO MÊS OU NO PERÍODO DE 6 (SEIS) MESES DE UM MESMO EMPREGADOR;
M) DEMISSÕES DECORRENTES DO ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES DO EMPREGADOR;
N) PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR;
O) ESTÁGIO OU EXTINÇÃO AUTOMÁTICA OU TÉRMINO DE CONTRATO DE TRABALHO QUANDO O CONTRATO DO SEGURADO TIVER PRAZO DETERMINADO (TAMBÉM CHAMADO DE "CONTRATO A TERMO");
P) DISPENSA COM IMEDIATA ADMISSÃO EM EMPRESA, SEJA ELA PERTENCENTE OU NÃO AO MESMO GRUPO ECONÔMICO, COLIGADA, FILIADA, ASSOCIADA, SUBSIDIÁRIA E/OU ACIONISTA DA EMPRESA QUE REALIZOU A DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA DO SEGURADO;
Q) EXTINÇÃO DO CONTRATO DE TRABALHO POR ACORDO ENTRE EMPREGADO E EMPREGADOR, CONFORME PREVISTO NA CLT;
R) EXTINÇÃO DO CONTRATO DE TRABALHO POR APOSENTADORIA;
S) SEGURADOS NÃO CONSIDERADOS ELEGÍVEIS A INDENIZAÇÃO, CONFORME A CLÁUSULA 305.ELEGIBILIDADE DESTA CONDIÇÃO ESPECIAL;
T) SEGURADOS QUE TENHAM SIDO DEMITIDOS DURANTE O PERÍODO DE EXPERIÊNCIA ANOTADO NA CARTEIRA PROFISSIONAL; E
U) MILITARES QUE SEJAM EXONERADOS DE SUAS FUNÇÕES.

312.2. TAMBÉM ESTARÃO EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, AQUELES QUE TENHAM CARGO DE ELEIÇÃO PÚBLICA E QUE NÃO FOREM REGIDOS PELA CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO, INCLUINDO-SE ASSESSORES E OUTROS DE NOMEAÇÃO EM DIÁRIO OFICIAL.

313. CAPITAL SEGURADO

313.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do Evento, respeitado o Limite Máximo de Indenização estabelecido na apólice para cada parcela e para a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.

313.2. A forma e a periodicidade do pagamento do Capital Segurado desta Cobertura serão definidas na contratação do seguro e indicadas no Certificado Individual.

313.3. Os Capitais Segurados serão determinados pelo Estipulante e estarão indicados no contrato, Proposta de Adesão e Certificado Individual de seguro.

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

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

314. DATA DO EVENTO

314.1. Para esta Cobertura, considera-se como data do Evento, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data de desligamento do Segurado, comprovado mediante apresentação de cópia da Carteira Profissional de Trabalho e Previdência Social – CTPS e do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio a ser cumprido ou indenizado.

315. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

315.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional.

316. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

316.1. 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 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, sendo a apólice cancelada;
b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
c) Com a exclusão do segurado da Apólice Coletiva;
d) Com a aposentadoria do segurado;
e) Com o falecimento do segurado.

316.1.1. 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.

317. CARÊNCIA

317.1. O período de Carência para esta Cobertura será de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias

ininterruptos, a contar da data do início da Vigência do Seguro e estará indicado no Certificado Individual do Segurado.

318. FRANQUIA

318.1. O período de Franquia para esta Cobertura será de, no máximo, 90 (noventa) dias ininterruptos, contado da data do desligamento do Segurado junto ao empregador, e estará indicado no Certificado Individual do Segurado.

319. BENEFICIÁRIOS

319.1. O beneficiário será o próprio segurado.

320. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

320.1. 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) Cópia das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão (do último contrato de trabalho) e dispensa e página posterior em branco e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver. A autenticação deverá ocorrer após o período de Franquia, descrito na cláusula 312 – FRANQUIA desta Condição Especial e estabelecido no Contrato de Seguro;
b) Cópia do Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado no TRT ou Sindicato com a discriminação das verbas rescisórias;
c) Cópia da Comunicação de Dispensa para o Seguro Desemprego;
d) Cópia de Ficha de Registro do Empregado;
e) Cópia do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
f) Cópia da Autorização de Movimentação da Conta Vinculada do FGTS; e
g) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário do Segurado.

321. DISPOSIÇÕES GERAIS

321.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA – PR–IFTT

322. OBJETIVO DA COBERTURA

322.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento ao segurado do Capital Segurado contratado, em caso de perda de renda por Incapacidade Física total e temporária do Segurado, respeitado o Limite Máximo de Indenização, desde que enquadrado no perfil indicado na cláusula 324 – ELEGIBILIDADE desta Condição Especial, para Evento ocorrido durante a Vigência do Seguro, **respeitando os períodos de Carência e de Franquia, observados os Riscos Excluídos e as demais disposições contratuais.**

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

323. DEFINIÇÕES

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

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

323.1.2. Incapacidade Física: impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer sua profissão, por doença ou Acidente Pessoal coberto, durante o período em que estiver sob tratamento Médico.

324. ELEGIBILIDADE

324.1. Serão elegíveis à contratação desta Cobertura todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos regulamentados, que se encontrem em plena atividade profissional e em condições normais de saúde na data da contratação do seguro, e desde que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados na cláusula 333 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

324.1.1. Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento para a mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer Atividade Laborativa.

324.2. Não serão elegíveis os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

324.3. É vedada a contratação desta Cobertura por Proponente pessoa jurídica.

325. RISCOS EXCLUÍDOS

325.1. ALÉM DOS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS E DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL CONFORME INDICADO NA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADOS A:

A) INCAPACIDADES, DOENÇAS, ACIDENTES, LESÕES TRAUMÁTICAS E CIRURGIAS COMPROVADAMENTE ANTERIORES À CELEBRAÇÃO DO SEGURO, PARA AS QUAIS O SEGURADO TENHA PROCURADO OU RECEBIDO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR DE QUALQUER NATUREZA, MESMO QUE OS AFASTAMENTOS SEJAM DECORRENTES DE AGRAVAMENTO, SEQUELA OU REAPARECIMENTO DESTAS, OU DE SEUS SINTOMAS E SINAIS, OU AINDA, DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS OU DEGENERANTES DELAS CONSEQUENTES;

B) QUALQUER TIPO DE HÉRNIA, E SUAS CONSEQUÊNCIAS;

C) GRAVIDEZ, PARTO OU ABORTO, E SUAS CONSEQUÊNCIAS;

D) HOSPITALIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA;

E) PROCEDIMENTOS E/OU TRATAMENTOS, CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, PARA ESTERILIDADE, INFERTILIDADE, INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL, IMPOTÊNCIA SEXUAL, CONTROLE DE NATALIDADE, E MUDANÇA DE SEXO, BEM COMO SUAS CONSEQUÊNCIAS, INCLUSIVE PERÍODOS DE CONVALESCENÇA A ELES RELACIONADOS;

F) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, SALVO QUANDO NECESSÁRIAS À RESTAURAÇÃO DAS FUNÇÕES DIRETAMENTE AFETADAS POR EVENTO COBERTO PELO SEGURO;

G) CIRURGIAS PLÁSTICAS (ESTÉTICAS OU NÃO) E PERÍODOS DE CONVALESCENÇA A ELAS RELACIONADOS;

H) TRATAMENTO PARA OBESIDADE EM SUAS VÁRIAS MODALIDADES, INCLUSIVE GASTROPLASTIA REDUTORA;

I) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA;

J) DISTÚRBIOS OU DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS OU CONSEQUÊNCIAS DELES DECORRENTES;

K) INFECÇÕES OPORTUNISTAS E DOENÇAS PROVOCADAS PELA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA/AIDS;

L) DOENÇAS CRÔNICAS, MESMO EM FASE AGUDA, ENTENDENDO-SE COMO TAL AQUELAS CARACTERIZADAS POR SUA EVOLUÇÃO LONGA E INSIDIOSA, COM PERÍODO DE MELHORA E PIORA, NÃO RESPONDENDO SATISFATORIAMENTE A PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS;

M) DOENÇAS DE CARACTERÍSTICAS RECONHECIDAMENTE PROGRESSIVAS, TAIS COMO FIBROMIALGIA, ARTRITE REUMATÓIDE, OSTEOARTROSE, DOR MIOFASCIAL, ESCLEROSE MÚLTIPLA, DOENÇA DE ALZHEIMER, DOENÇA DE PARKINSON, ENTRE OUTRAS;

N) TRATAMENTOS PARA SENILIDADE, GERIATRIA, REJUVENESCIMENTO, REPOUSO, CONVALESCENÇA E SUAS CONSEQUÊNCIAS;

O) TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS E ORTODÔNTICOS DE QUAISQUER ESPÉCIES, SALVO QUANDO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, OCORRIDOS DENTRO DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO;

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

Q) AFASTAMENTOS DECORRENTES DE UM MESMO EVENTO QUE JÁ TENHA SIDO INDENIZADO PELA APÓLICE DE SEGURO VIGENTE;

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

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

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

U) LESÃO PREMEDITADA AUTO-INFLIGIDA, DE TENTATIVA DE SUICÍDIO, QUANDO OCORRIDO DENTRO DOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO;

V) SEGURADOS NÃO CONSIDERADOS ELEGÍVEIS A INDENIZAÇÃO, CONFORME A CLÁUSULA 318.ELEGIBILIDADE DESTA CONDIÇÃO ESPECIAL; E

W) PROPONENTE PESSOA JURÍDICA.

325.2. TAMBÉM ESTÃO EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL OS PROFISSIONAIS DA ECONOMIA INFORMAL QUE NÃO SEJAM PROFISSIONAIS LIBERAIS E/OU AUTÔNOMOS REGULAMENTADOS, OU SEJA, AQUELES QUE NÃO TÊM COMO COMPROVAR UMA ATIVIDADE REMUNERADA REGULAR.

326. CAPITAL SEGURADO

326.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do Sinistro, respeitado o Limite Máximo de Indenização estabelecido na apólice para cada parcela e para a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.

326.2. A forma e a periodicidade do pagamento do Capital Segurado desta Cobertura serão definidas na contratação do seguro e indicadas no Certificado Individual.

326.3. Os Capitais Segurados serão determinados pelo Estipulante e estarão indicados no contrato, Proposta de Adesão e Certificado Individual de seguro.

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

327. DATA DO EVENTO

327.1. Para esta Cobertura, considera-se como data do Evento, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data da Incapacidade Física total e temporária indicada no Relatório Médico.

328. ÂMBITO GEOGRÁFIO DA COBERTURA

328.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional.

329. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

329.1. 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 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, sendo a apólice cancelada;

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

c) Com a exclusão do segurado da Apólice Coletiva;

d) Com a aposentadoria do segurado;

e) Com o falecimento do segurado.

329.2. 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.

330. CARÊNCIA

330.1. O período de Carência para esta Cobertura será de, até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, a contar da data do início de Vigência do Seguro, e estará indicado no Certificado Individual do Segurado.

331. FRANQUIA

331.1. O período de Franquia para esta Cobertura será de, no máximo, 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data da ocorrência do Evento Coberto, e estará indicada no Certificado Individual do Segurado.

332. BENEFICIÁRIOS

332.1. O beneficiário será o próprio segurado.

333. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

333.1. 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) Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer Atividade Laborativa, justificando o período indicado;
b) Exames e laudos Médicos que confirmem a ocorrência de Evento Coberto;
c) Exames médicos complementares realizados;
d) Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo – RPA – os 3 (três) últimos anteriores ao afastamento;
e) Comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;

334. DISPOSIÇÕES GERAIS

334.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

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

335. OBJETIVO DA COBERTURA

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

336. RISCOS COBERTOS

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

336.2. 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.

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

336.4. 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.

336.5. 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.

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

337. RISCOS EXCLUÍDOS

337.1. 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.

338. CAPITAIS SEGURADOS

338.1. 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.

339. DATA DO EVENTO

339.1. 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.

340. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

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

341.1. 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.

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

342.1. 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, 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).

343. BENEFICIÁRIOS

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

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

344. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

344.1. 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).

345. DISPOSIÇÕES GERAIS

345.1. 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

346. OBJETIVO DA COBERTURA

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

347. RISCOS COBERTOS

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

347.2. 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.

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

347.4. 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.**

347.5. 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.

347.6. 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.

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

348. RISCOS EXCLUÍDOS

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

349. CAPITAIS SEGURADOS

349.1. 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.

350. DATA DO EVENTO

350.1. 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.

351. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

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

352.1. 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.

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

353.1. 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, 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).

354. BENEFICIÁRIOS

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

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

355. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

356. DISPOSIÇÕES GERAIS

356.1. 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

357. OBJETIVO DA COBERTURA

357.1. 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, **respeitadas as condições contratuais.**

358. DEFINIÇÕES

358.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, também se aplica 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.

359. RISCOS COBERTOS

359.1. 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, **observada as condições contratuais.**

359.1.1. 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.

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

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

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

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

360. RISCOS EXCLUÍDOS

360.1. 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.

361. CAPITAIS SEGURADOS

361.1. 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.

362. DATA DO EVENTO

362.1. 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.

363. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

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

364.1. 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.

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

365.1. 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, das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) No caso de término da condição de dependente, conforme previsto na Cláusula 358 – 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.

366. BENEFICIÁRIOS

366.1. 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

367. O(a) próprio(a) filho(a) para os demais eventos cobertos. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

367.1. 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.

368. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

desta cobertura.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

369. OBJETIVO

369.1. 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.

370. DEFINIÇÕES

370.1. 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.

371. DETERMINAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

371.1. 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;

371.2. 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.

372. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

372.1. 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.

372.2. 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.

373. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

373.1. 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.

373.2. 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.

374. PAGAMENTO DO EXCEDENTE

374.1. 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.

374.2. Nos seguros parciais 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.

374.3. 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.

374.4. 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.

375. MODIFICAÇÕES NA CONDIÇÃO

375.1. 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.

376. DISPOSIÇÕES GERAIS

376.1. 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 respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
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	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio bilateral	7

DIVERSAS	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

DIVERSAS	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia	40
	Ressecção parcial	20
	INTESTINO GROSSO	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Síndrome pós-concussional	05
	HÉRNIAS	
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
	Hérnia Epigástrica	10
	Hérnia Inguinal ou Inguino Escrotal	10
	Hérnia Umbilical	10

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