

Sede Berrini

Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin

São Paulo • SP • Brasil • 04578-000

www.mapfre.com.br



MAPFRE

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO – taxa média

Condições Gerais

Versão 9.0

CNPJ 54.484.753/0001-49

Processo SUSEP nº 10.005289/99-84

MAPFRE Vida S.A. – CNPJ 54.484.753/0001-49

Canal de Atendimento MAPFRE - WhatsApp: (11) 4004 0101

Central de Relacionamento aos Clientes: 0800 775 4545 - Segunda à sexta-feira das 8h às 20h e sábados das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.

Assistência 24h: 0800 775 7196

Sinistro: 0800 709 8432 - Segunda à sexta-feira das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.

SAC 24 horas: 0800 775 1000

Atendimento em Libras 24 horas: <https://mapfre.emlibras.com/>

Central de Relacionamento com Deficientes Auditivos ou de Fala 24 horas: 0800 775 5045

Ouvidoria: 0800 775 1079 e para Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 775 7911, de segunda à sexta-feira, das 08h às 18h, exceto feriados nacionais. Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

ÍNDICE

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

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA	35
41. OBJETIVO DA COBERTURA	35
42. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE	35
43. RISCOS EXCLUÍDOS	36
44. CAPITAL SEGURADO	36
45. DATA DO EVENTO	37
46. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	37
47. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	37
48. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	37
49. DISPOSIÇÕES GERAIS	37
ANEXO I	38

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – MAJORADA – IPA-M	42
50. OBJETIVO DA COBERTURA	42
51. RISCOS COBERTOS	42
52. RISCOS EXCLUÍDOS	42
53. CAPITAL SEGURADO	43
54. DATA DO EVENTO	43
55. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	43
56. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	43
57. DISPOSIÇÕES GERAIS	43

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIMES – IPA-C	44
58. OBJETIVO DA COBERTURA	44
59. RISCOS COBERTOS	44
60. RISCOS EXCLUÍDOS	44
61. CAPITAL SEGURADO	44
62. DATA DO EVENTO	45
63. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	45
64. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE	45
65. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	45
66. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	45
67. DISPOSIÇÕES GERAIS	45

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA	46
68. OBJETIVO DA COBERTURA	46
69. RISCOS COBERTOS	46
70. RISCOS EXCLUÍDOS	47
71. CAPITAL SEGURADO	47
72. DATA DO EVENTO	47
73. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	48
74. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	48
75. DISPOSIÇÕES GERAIS	48

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH-A	49
--	-----------

76. OBJETIVO DA COBERTURA	49
77. DEFINIÇÕES	49
78. RISCOS COBERTOS	49
79. RISCOS EXCLUÍDOS	50
80. CAPITAL SEGURADO	51
81. DATA DO EVENTO	51
82. FRANQUIA	51
83. BENEFICIÁRIOS	51
84. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	51
85. DISPOSIÇÕES GERAIS	52

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – DIT–A
..... 53

86. OBJETIVO DA COBERTURA	53
87. RISCOS COBERTOS	53
88. RISCOS EXCLUÍDOS	53
89. CAPITAL SEGURADO	54
90. DATA DO EVENTO	54
91. FRANQUIA	55
92. LIMITE DE DIÁRIAS	55
93. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	55
94. BENEFICIÁRIOS	55
95. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	55
96. DISPOSIÇÕES GERAIS	55

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO 56

97. OBJETIVO DA COBERTURA	56
98. RISCOS COBERTOS	56
99. RISCOS EXCLUÍDOS	56
100. CAPITAL SEGURADO	56
101. DATA DO EVENTO	56
102. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	56
103. BENEFICIÁRIOS	57
104. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	57
105. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE	57
106. DISPOSIÇÕES GERAIS	57

COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS EM CASO DE MORTE ACIDENTAL – VRMA 58

107. OBJETIVO DA COBERTURA	58
108. RISCOS COBERTOS	58
109. RISCOS EXCLUÍDOS	58
110. CAPITAL SEGURADO	58
111. DATA DO EVENTO	58
112. BENEFICIÁRIOS	58
113. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	59
114. DISPOSIÇÕES GERAIS	59

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL 60

115. OBJETIVO DA COBERTURA	60
116. RISCOS COBERTOS	60
117. CAPITAL SEGURADO	60
118. DATA DO EVENTO	60
119. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	60
120. DISPOSIÇÕES GERAIS	60
 COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL	 61
121. OBJETIVO DA COBERTURA	61
122. CAPITAL SEGURADO	61
123. DATA DO EVENTO	61
124. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	61
125. DISPOSIÇÕES GERAIS	61
 COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	 62
126. OBJETIVO DA COBERTURA	62
127. RISCOS COBERTOS	62
128. RISCOS EXCLUÍDOS	63
129. CAPITAL SEGURADO	63
130. DATA DO EVENTO	63
131. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	63
132. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	63
133. DISPOSIÇÕES GERAIS	64
 COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IEIPA	 65
134. OBJETIVO DA COBERTURA	65
135. RISCOS COBERTOS	65
136. RISCOS EXCLUÍDOS	65
137. CAPITAL SEGURADO	65
138. DATA DO EVENTO	66
139. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	66
140. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	66
141. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	66
142. DISPOSIÇÕES GERAIS	66
 COBERTURA ADICIONAL DE DECESSOS – DEC	 67
143. OBJETIVO DA COBERTURA	67
144. RISCOS COBERTOS	67
145. RISCOS EXCLUÍDOS	70
146. CAPITAIS SEGURADOS	70
147. DATA DO EVENTO	71
148. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	71
149. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	71
150. BENEFICIÁRIOS	71
151. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	71
152. DISPOSIÇÕES GERAIS	72

COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ	73
153. OBJETIVO DA COBERTURA	73
154. RISCOS COBERTOS	73
155. CAPITAIS SEGURADOS	73
156. DATA DO EVENTO	73
157. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	73
158. CARÊNCIA	74
159. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	74
160. BENEFICIÁRIOS	74
161. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	74
162. DISPOSIÇÕES GERAIS	74

COBERTURA ADICIONAL –DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH–AD	75
163. OBJETIVO DA COBERTURA	75
164. DEFINIÇÕES	75
165. RISCOS EXCLUÍDOS	75
166. CAPITAIS SEGURADOS	76
167. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	77
168. DATA DO EVENTO	77
169. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	77
170. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	77
171. BENEFICIÁRIOS	77
172. FRANQUIA	77
173. CARÊNCIA	78
174. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS	78
175. DISPOSIÇÕES GERAIS	78

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) – IAC79	79
176. OBJETIVO DA COBERTURA	79
177. RISCOS COBERTOS	79
178. RISCOS EXCLUÍDOS	79
179. CAPITAL SEGURADO	79
180. DATA DO EVENTO	80
181. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	80
182. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)	80
183. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)	80
184. BENEFICIÁRIOS	80
185. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	80
186. DISPOSIÇÕES GERAIS	81

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE E COMPANHEIRO(A) – IFC. 82	82
187. OBJETIVO DA COBERTURA	82
188. RISCOS COBERTOS	82
189. RISCOS EXCLUÍDOS	82
190. CAPITAL SEGURADO	83
191. DATA DO EVENTO	83
192. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	83

193. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)	83
194. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)	83
195. BENEFICIÁRIOS	83
196. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	84
197. DISPOSIÇÕES GERAIS	84
 COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF.....	85
198. OBJETIVO DA COBERTURA	85
199. DEFINIÇÕES	85
200. RISCOS COBERTOS	85
201. RISCOS EXCLUÍDOS	86
202. CAPITAL SEGURADO	86
203. DATA DO EVENTO	86
204. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	86
205. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)	86
206. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)	86
207. BENEFICIÁRIOS	86
208. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	87
209. DISPOSIÇÕES GERAIS	87
 CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS.....	88
210. OBJETIVO	88
211. DEFINIÇÃO.....	88
212. DETERMINAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO	88
213. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	88
214. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO	89
215. PAGAMENTO DO EXCEDENTE	89
216. MODIFICAÇÕES DA CLÁUSULA.....	89
217. DISPOSIÇÕES GERAIS	89

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do Prêmio pela Seguradora, o pagamento de uma Indenização ao Beneficiário limitado ao Capital Segurado contratado, **em decorrência de Acidente Pessoal**, durante o período de vigência do seguro, **observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito e as demais condições contratuais**.

2. GLOSSÁRIO

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

Acidente Pessoal: 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 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 Acidente Pessoal:

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

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

Apólice: 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.

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

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

Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do Capital Segurado/ou Cobertura e/ou Indenização, respeitada a Cobertura Contratada, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

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.

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

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

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

Cobertura: obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, observados os riscos expressamente excluídos e as hipóteses de perda do direito às Coberturas.

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

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

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

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

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

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

Contrato Coletivo: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as

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

Corretor de Seguros: intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre seguradora e pessoas físicas ou jurídicas. **O corretor de seguros responde civilmente perante os segurados, seguradoras e os beneficiários, pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência, no exercício da profissão.**

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

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.

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

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

Domicílio do Segurado: endereço em que o Segurado mantém sua residência habitual no Brasil.

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

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

Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

Filho: aquele considerado dependente econômico do segurado principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, 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 ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

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

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

Grupo Segurável: totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante e/ou subestipulante (se houver), que

reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

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

Indenização: valor máximo a ser pago ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) pela Seguradora quando da ocorrência do Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e limitado ao valor do Capital Segurado individual da Cobertura contratada.

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

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

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

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

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

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

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

Proposta de Adesão: documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.

Proposta de Contratação: documento preenchido pelo Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas) do seguro e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.

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

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

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

Regime Financeiro de Repartição Simples: estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar os Capitais Segurados decorrentes dos eventos ocorridos neste período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante ou ao subestipulante.

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

Relatório Médico: documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. COBERTURAS DO SEGURO

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

contratação da cobertura básica relacionada abaixo:

- 3.1.1. Cobertura Básica**
 - a) Morte Acidental – MA**
- 3.1.2. Coberturas Adicionais**
 - a) Morte Acidental Decorrente de Crimes – MA–C**
 - b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA**
 - c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA–M**
 - d) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crimes – IPA–C**
 - e) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA**
 - f) Diária de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente – DIH–A**
 - g) Diária por Incapacidade Física Temporária por Acidente – DIT–A**
 - h) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMHO**
 - i) Verbas Rescisórias em Caso de Morte Acidental – VRMA**
 - j) Auxílio Alimentação por Morte Acidental**
 - k) Despesas Diversas por Morte Acidental**
 - l) Despesas Diversas por Invalidez Permanente Total por Acidente**
 - m) Indenização Especial em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IEIPA**
 - n) Decessos – DEC**
 - o) Aquisição de Jazigo – AJ**
 - p) Diária de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente ou Doença – DIH–AD**
- 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**

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

- 3.2. A cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crimes – IPA–C somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.**
- 3.3. A cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA–M somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.**
- 3.4. As coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA e Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não podem ser contratadas em conjunto.**
- 3.5. A cobertura adicional de Indenização Especial em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IEIPA somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.**
- 3.6. A cobertura adicional de Aquisição de Jazigo – AJ somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Decessos – DEC.**

- 3.7. 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.
- 3.8. 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.
- 3.9. 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.
- 3.10. 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.
- 3.11. 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.
- 3.12. 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.
- 3.13. As Coberturas previstas nestas Condições Gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na Apólice.
- 3.14. A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital(is) segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS, EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA, DE:**
- 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 EXPLOÇÃO NUCLEAR, PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
 - B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA 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 UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE ARRISCADO OU DA PRÁTICA DESPORTIVA;
 - C) DE DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E/OU NO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO;
 - D) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, DA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À

- DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;
- E) DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA, OU NAQUELES CUJO BENEFICIÁRIO SEJA UMA PESSOA JURÍDICA, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;
 - F) DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;
 - G) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES EM CONSEQUÊNCIA DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, DE TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;
 - H) ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;
 - I) DOENÇAS, INCLUÍDAS AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, E A DOENÇA COMUMENTE CHAMADA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC (EXCETO SE CONTRATADA A COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA), AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE, POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - J) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS OU POR EQUIPAMENTOS, QUANDO TAIS PROCEDIMENTOS NÃO FOREM RESULTANTES DE ACIDENTES COBERTOS;
 - K) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;
 - L) DE INUNDAÇÃO, FURACÃO, ERUPÇÕES VULCÂNICAS, TEMPESTADE, TERREMOTO, CICLONE, MAREMOTO, MOVIMENTO SÍSMICO OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL E QUALQUER OUTRO FENÔMENO ATMOSFÉRICO, METEOROLÓGICO, SÍSMICO OU GEOLÓGICO DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO;
 - M) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO;
 - N) EPIDEMIAS, PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
 - O) CONDUÇÃO DE VEÍCULOS SEM A ADEQUADA HABILITAÇÃO;
 - P) COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;
 - Q) DE VIAGENS EM AERONAVES E EMBARCAÇÕES:
 - I. QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO EM VIGOR DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO;
 - II. DIRIGIDOS POR PILOTOS, INCLUSIVE O SEGURADO, NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
 - III. OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES OU QUE NÃO ESTEJAM PRESTANDO SERVIÇO MILITAR;
 - R) DE 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;
 - S) 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. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

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

4.3. 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 EVENTO.**

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CARÊNCIA

6.1. Para eventos decorrentes de acidente pessoal não será aplicada carência, ressalvada a hipótese prevista no item 6.3.

6.2. A carência de cada cobertura, quando aplicada, estará prevista na condição especial de cada cobertura, sendo também definida na proposta de contratação, na proposta e na apólice/certificado individual.

6.3. Haverá carência para suicídio tentado ou consumado nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do certificado do seguro individual.

6.4. O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência do certificado individual ou em

relação ao valor do aumento do capital segurado ou da cobertura incluída, em caso de sua alteração na vigência do contrato de seguro. Nestas hipóteses, a carência somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado ou à cobertura incluída.

- 6.5. O período de carência para as coberturas contratadas deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, e não poderá exceder metade do prazo de vigência do certificado individual do seguro.
- 6.6. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.
- 6.7. Nos casos de preenchimento do Questionário de Avaliação de Risco, a carência poderá ser dispensada após análise e aceitação do Risco.
- 6.8. 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.
- 6.9. 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. A franquia de cada cobertura, quando aplicada, estará prevista na condição especial de cada cobertura, sendo também definida na proposta de contratação e na apólice, bem como na proposta de adesão e no certificado individual.

8. CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO

A) CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA:

- 8.1. A contratação ou alteração da apólice se dará mediante apresentação da proposta de contratação, preenchida e assinada pelo representante legal do estipulante e/ou subestipulante (se houver), e pelo corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na seguradora.
 - 8.1.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta de Contratação.
- 8.2. 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 20 - PERDA DE DIREITOS.
- 8.3. O pagamento antecipado do prêmio, total ou parcialmente, não caracteriza a aceitação da Proposta.
- 8.4. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para avaliar o risco e então aceitá-la ou recusá-la.
- 8.5. 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.

- 8.6.** A recusa da Proposta será comunicada pela Seguradora ao Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 8.7.** A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto na Cláusula 8.4, respeitadas as condições de interrupção, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.
- 8.8.** 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.
- 8.9.** A data de aceitação da Proposta será:
- I. A data de emissão/disponibilização da Apólice; ou
 - II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 8.4, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.
- 8.10.** 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.
- 8.11.** É admitida a contratação do Seguro por meios remotos.
- 8.12.** É vedada a contratação ou alteração do seguro através de procuração.

B) CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL:

- 8.13.** A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação da proposta de adesão assinada pelo proponente, seu representante ou pelo corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na seguradora.
- 8.13.1.** O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta.
- 8.14.** 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 20 - PERDA DE DIREITOS.
- 8.14.1.** A Proposta de Adesão poderá vir acompanhada do Questionário de Avaliação do Risco.
- 8.14.2.** 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.
- 8.14.3.** 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.

- 8.15.** 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.

- 8.16. 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.
- 8.17. 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.
- 8.18. 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. A recusa do risco será comunicada pela seguradora ao Proponente, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 8.19. A ausência de manifestação da seguradora por escrito no prazo previsto no item 8.17, respeitadas as condições de suspensão caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 8.20. O pagamento do Prêmio não caracterizará a aceitação automática da Proposta de Adesão.
- 8.21. 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.
- 8.22. 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 8.17, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.
- 8.23. Se o Segurado desejar alterar as condições contratadas, deverá solicitá-lo por escrito à Seguradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 8.24. A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora aceitando a alteração pedida pelo Segurado ou pelo Estipulante ou Subestipulante (se houver). A simples solicitação não caracterizará, por si só, a aceitação pela Seguradora, que terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do risco, observado o disposto no item 9.5 desta cláusula.
- 8.25. 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.
- 8.26. É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.
- 8.27. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 8.28. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

- 8.29.** Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente que esteja, na data de adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em condições normais de saúde **e com idade conforme definido no contrato de seguro.**

9. BENEFICIÁRIOS

A) COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

- 9.1.** No caso de ocorrência de morte do segurado, a indenização correspondente à cobertura básica de Morte Acidental – MA será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado na proposta de adesão.
- 9.2.** Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.
- 9.3.** Na falta de indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado.
- 9.3.1.** Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.
- 9.4.** 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.
- 9.5.** Para efeito desse seguro, o(a) companheiro(a) será equiparado(a) ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro, viúvo ou separado de fato.
- 9.6.** Em caso de falecimento do único beneficiário indicado no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos beneficiários legais, conforme o item 9.3.
- 9.7.** Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo segurado a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.
- 9.8.** Em caso de falecimento simultâneo do segurado com um dos beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras do item 9.7, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.
- 9.9.** O segurado pode, a qualquer tempo, substituir o beneficiário, mediante encaminhamento de formulário devidamente preenchido e assinado, nomeando os novos beneficiários.
- 9.9.1.** Qualquer alteração de beneficiário somente terá validade 24 (vinte e quatro) horas da data de protocolo na seguradora da correspondência efetivamente assinada pelo segurado.
- 9.9.2.** Em caso de não recebimento da formalização de alteração de beneficiário, devidamente assinada pelo segurado, a seguradora aplicará a distribuição do capital segurado conforme a indicação imediatamente anterior.
- 9.10.** Em caso de indicação de beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do

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

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

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

B) COBERTURA DE INVALIDEZ

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

10. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

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

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

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

11. CUSTEIO DO SEGURO

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

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

b) Não Contributário: aquele que o estipulante e/ou subestipulante (se houver) paga a totalidade do

seguro.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 12.1.** O Prêmio do Seguro é periódico e deverá ser pago, pelo Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) de acordo com a modalidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual), conforme opção indicada na Proposta de Contratação e/ou de Adesão, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.
- 12.1.1.** O pagamento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação e/ou de Adesão. Cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.
- 12.1.2.** Se aplicável, a Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, ou ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.
- 12.1.3.** Se o Segurado, seu representante, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), ou o Corretor que intermediar a contratação, não receberem o documento de cobrança, seja da parcela única à vista ou de qualquer uma das parcelas (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, conforme modalidade escolhida) no prazo estabelecido na Cláusula 12.1.2, deverão solicitar à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data do seu vencimento.
- 12.2.** A data do vencimento para o pagamento da parcela única ou da primeira parcela do Prêmio, será de no máximo, 30 (trinta) dias, contados da Aceitação da Proposta e/ou de eventuais Endossos.
- 12.3.** Quando a data de vencimento para o pagamento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.
- 12.4.** Na hipótese de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta corrente, a quitação está vinculada à confirmação do débito do valor pela rede bancária, sendo do Segurado ou do responsável pelo pagamento a responsabilidade de autorização do débito junto ao banco escolhido.
- 12.5. A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO PODERÁ CARACTERIZAR INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NAS CLÁUSULAS 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.**
- 12.6.** Durante a vigência da Apólice/Certificado Individual, o Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) poderá solicitar a substituição da periodicidade e/ou da forma de pagamento do Prêmio, respeitada e observada a existência de parcela em aberto, que permita a referida alteração.
- 12.7. A FALTA DE PAGAMENTO DA PARCELA DO PRÊMIO ÚNICO OU DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO RESOLVE AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO O CONTRATO DE SEGURO, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL, RESPEITADA A PERIODICIDADE DEFINIDA EM CONTRATO, ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, CARACTERIZA A NÃO EFETIVAÇÃO DO SEGURO.**
- 12.8. A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NO PRAZO DEVIDO ACARRETARÁ A COBRANÇA DO PRÊMIO VENCIDO ACRESCIDO DE MULTA DE 2% E JUROS DE MORA CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E**

ALTERAÇÃO DE VALORES, SENDO APLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E NA CLÁUSULA 20 – PERDA DE DIREITOS.

- 12.9.** Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 12.10.** 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 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.

13. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

- 13.1. QUANDO O PRÊMIO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NÃO FOR PAGO ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO, AS COBERTURAS DO SEGURO PERMANECERÃO VIGENTES PELO PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 90 (NOVENTA) DIAS.**
- 13.1.1.** Durante o prazo de tolerância estarão cobertos os sinistros ocorridos, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), podendo a Seguradora abater o(s) respectivos(s) valor(es) devido(s) da indenização. Serão aplicados no(s) prêmio(s) devido(s) os encargos previstos na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E ALTERAÇÃO DE VALORES.
- 13.2. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOVER) SERÁ NOTIFICADO PARA PAGAR A(S) PARCELA(S) EM ATRASO COM OS ENCARGOS DEVIDOS, SENDO ADVERTIDO QUE O NÃO PAGAMENTO ATÉ O PRAZO INDICADO ACARRETERÁ O CANCELAMENTO DO SEGURO.**
- 13.3. 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.**
- 13.4. NO CASO DE HAVER PARCELAS EM ATRASO INTERCALADAS COM PARCELAS PAGAS, SERÁ CONSIDERADA A 1ª (PRIMEIRA) PARCELA EM ATRASO PARA FINS DE DETERMINAÇÃO DO PERÍODO DE TOLERÂNCIA, INDEPENDENTEMENTE DE HAVER PARCELAS POSTERIORES PAGAS.**

14. SEGURADOS AFASTADOS

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

15. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE

- 15.1.** A vigência da apólice coletiva estará estabelecida no contrato de seguro e na própria apólice, tendo início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida para tal fim.
- 15.2.** A apólice poderá ser renovada automaticamente, por período igual ao contratado inicialmente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o estipulante e/ou subestipulante (se houver) ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento da vigência da apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.
- 15.3.** As renovações posteriores à primeira deverão ser expressas entre as partes, seguradora e estipulante, sendo que cabe à seguradora, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência à data de renovação, comunicar por escrito o interesse pela renovação do seguro. As renovações posteriores à primeira deverão ser expressas entre as partes, por meio do preenchimento e apresentação da Proposta pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e/ou Corretor de Seguros, nos termos da Cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO das Condições Gerais, com no mínimo de 25 (vinte e cinco) dias antes do término da Vigência da Apólice.
- 15.3.1.** Caso a Proposta seja enviada à Seguradora em desacordo com o prazo estabelecido acima, a Seguradora poderá, em caso de aceitação da Proposta, fixar a data de início da Vigência do novo contrato diferentemente da data do término da Vigência do presente Seguro, hipótese em que não haverá cobertura no período compreendido entre o término da Vigência do presente Seguro e o início da Vigência do novo contrato.
- 15.4.** A aceitação da proposta, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão do respectivo endosso.
- 15.5.** O endosso terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nele indicado.
- 15.6.** Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente, respeitado o disposto no item 15.7 desta cláusula.
- 15.7. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá de anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.**
- 15.8. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**
- 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 $\frac{3}{4}$ (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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 16.1.** A vigência da cobertura individual de cada segurado, desde que o proponente seja aceito no seguro, terá seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no certificado individual do seguro.
- 16.1.1.** Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas com o pagamento antecipado, total ou parcial, do valor de prêmio, a vigência da cobertura individual terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 16.1.2.** Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento antecipado de prêmio, a vigência da cobertura individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 16.2.** O prazo de vigência da cobertura individual vigorará pelo prazo determinado no certificado individual do seguro, desde que não ultrapasse o fim de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante e/ou subestipulante (se houver), obrigatoriamente, de forma expressa, por escrito, observando as Cláusulas 15 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.
- 16.3.** Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).
- 16.4.** A cobertura individual terá vigência pelo período em que a apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, exceto nas hipóteses previstas na Cláusula 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

- 17.1.** O índice utilizado para atualização monetária, em moeda nacional, será o IPCA/IBGE – ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
- 17.1.1.** Na falta, extinção ou proibição do uso do índice indicado no item anterior, o índice substituto será o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.
- 17.2.** A atualização monetária, com base na variação do índice estabelecido no item 17.1 desta cláusula será devida para as seguintes situações:

- 17.2.1.** O capital segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente anualmente, no vencimento

do certificado individual do seguro **ou** segundo a variação do salário/provento, **ou** segundo outros fatores objetivos, conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.

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

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

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

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

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 respectivo prêmio.

17.2.3. Os valores dos prêmios em atraso sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice, apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado em data imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

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

17.4. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.2 E 17.3 DESTA CLÁUSULA, APLICAR-SE-ÃO NA SITUAÇÃO PREVISTA NO SUBITEM 17.2.4 MULTA DE 2% (DOIS POR CENTO) SOBRE O MONTANTE DEVIDO CORRIGIDO MONETARIAMENTE.

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

17.6. Sujeitam-se à atualização monetária pela variação do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou no caso de sua extinção, falta ou proibição o IGP-M/FGV, sendo calculado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação:

a) Os valores devidos a título de devolução de prêmios;

- b) O valor devido a título de indenização.

17.7. Os juros moratórios serão equivalentes aos praticados no mercado financeiro.

18. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

- Com o falecimento do segurado principal;
- Com o cancelamento ou a não renovação da apólice ou do certificado individual, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;
- Com o pagamento do capital segurado contratado, quando a cobertura prever a exclusão do segurado da apólice contratada;
- Na data em que for protocolado na seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado ou o cancelamento ocorrer a pedido da seguradora;
- Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante e/ou subestipulante (se houver);
- Se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 20 – PERDA DE DIREITOS.

19. CANCELAMENTO DA APÓLICE

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

- Por mútuo acordo entre a seguradora e estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, respeitado o prazo de aviso prévio mínimo de 60 (sessenta) dias;
- Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das condições contratuais da apólice;
- 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;
- 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.

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

19.3. 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, o prêmio calculado “pro rata temporis”.

20. PERDA DE DIREITOS

20.1. 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:

- 20.1.1. 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**.

20.1.1.1. 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.

20.1.2. 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.

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

20.1.3. 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.

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

20.1.3.2. Se o descumprimento for culposos, a Seguradora poderá, diante dos fatos não revelados:

20.1.3.2.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro, restando, 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.**

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

- a) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, restando, 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.**

20.1.3.2.3. 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.

20.1.4. 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.

20.2. 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):

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

20.2.2. 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.

20.2.3. 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.

21. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

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

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

21.1.3. Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações previstas na Cláusula 21.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s), a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice, para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre a existência de cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

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

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

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

- 21.1.7.** A não entrega dos documentos básicos previstos na Cláusula 21.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e/ou complementares solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da Regulação do Sinistro sem pagamento de Indenização. Nessa hipótese, a Regulação do Sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.
- 21.1.8.** A Seguradora poderá exigir atestados, certidões de autoridades competentes ou cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.
- 21.1.9.** Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos na Cláusula 21.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.
- 21.1.10.** Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.
- 21.1.11.** Encerrada a Regulação do Sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias.
- 21.1.12.** A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.
- 21.1.13.** A Regulação e a Liquidação do Sinistro poderão ser realizadas simultaneamente quando possível

21.2. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA A REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 21.2.1.** Para o processo de avaliação de cobertura, além dos documentos específicos de cada cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos relacionados a seguir:
- 21.2.2.** Documentação para **qualquer evento**:
- a) Cópia do RG e CPF do segurado e da pessoa que sofreu sinistro;
 - b) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e da pessoa que sofreu sinistro. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
 - c) Comprovante de vínculo empregatício cópia dos 3 (três) últimos holerites, ficha de registro de empregado e rescisão contratual do(a) segurado(a), se cabível;
 - d) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – Pessoa Física devidamente preenchido.
- 21.2.3.** Documentação para **evento morte**:
- a) Certidão e declaração de óbito do segurado.
- 21.2.4.** Documentação para **evento de acidentes pessoais**:
- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
 - b) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o segurado for o condutor, se cabível;
 - c) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante período de

- trabalho), se cabível;
- d) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, se cabível;
 - e) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente, se cabível;
 - f) Cópia dos Laudos de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o(a) segurado(a) tenha sido condutor(a) no veículo envolvido em acidente), se cabível.

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

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

21.2.6. **Na falta de beneficiários indicados pelo segurado, o(s) beneficiário(s) legal(is),** deverá(ão) apresentar além dos documentos do subitem 21.2.4, os seguintes documentos:

- a) Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento:
 - i. Na falta dos filhos indicar o nome dos pais, na falta, a dos avós, e na falta desses os dos irmãos do(a) segurado(a);
 - ii. Em caso de falecimento de um dos herdeiros (descendente ou ascendente) deverá ser encaminhada a certidão de óbito atualizada.

21.2.7. **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).**

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

21.2.9. **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.**

21.2.10. **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.

21.2.11. 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.

21.2.12. 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.

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

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

21.6. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a seguradora venha a praticar

após o aviso do sinistro não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer capital segurado. A seguradora poderá exigir a autenticação das cópias dos documentos necessários à análise.

- 21.7. Não será aceito, para fins do pagamento do capital segurado, relatório emitido por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**
- 21.8. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.**
- 21.9. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) beneficiário(s) correrão por conta dos interessados no pagamento de eventual capital segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.**
- 21.10. Independentemente dos documentos exigidos pela seguradora nas condições especiais de cada cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento.**
- 21.11. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.**
- 21.12. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.**
- 21.13. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.**
- 21.14. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.**
- 21.15. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.**
- 21.16. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.**
- 21.17. A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de capital segurado por parte da seguradora.**

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

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

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

21.20. 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 feita por reembolso, a indenização será igual ao capital segurado contratado.

21.20.1. 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.

21.20.2. 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.

21.21. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

22. ALTERAÇÕES NA APÓLICE

22.2. Eventuais alterações podem ser processadas em consequência de acordo entre a seguradora e o estipulante e/ou subestipulantes (se houver) na renovação da apólice, respeitados os compromissos firmados com os segurados com contratos anteriores às alterações.

22.2.1. 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.

22.3. Caso o estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato **que impliquem em ônus, deveres adicionais ou redução de seus direitos aos segurados**, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado, observado o disposto na Cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOUVER)

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

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do grupo, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;
- b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado ou ao beneficiário, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Pagar/Repassar os prêmios de seguro à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for

diretamente responsável pela sua administração;

- g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;**
- h) Comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;**
- i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a avaliação do risco e o pagamento do capital segurado;**
- j) Comunicar de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;**
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e**
- l) 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); e**
- m) Cumprir todas as cláusulas e Condições Contratuais.**

23.2. No caso de seguros contributários, é vedado ao estipulante e ao subestipulante (se houver):

- a) Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;**
- b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;**
- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;**
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.**

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

23.4. O estipulante e/ou o subestipulante (se houver) deverá, obrigatoriamente, fornecer à seguradora as seguintes informações cadastrais, observadas as condições e prazos da normatização e legislação em vigor:

23.4.1. Pessoa física:

- a) Nome completo;**
- b) Número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/MF; número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data de expedição; ou número do Passaporte, com identificação do País de expedição;**
- c) Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação);**
- d) Número de telefone e código de DDD, se houver;**
- e) Profissão;**
- f) Patrimônio estimado ou faixa de renda mensal; e**
- g) Enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso.**

23.4.2. Pessoa jurídica:

- a) Razão social;**
- b) Número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou registro equivalente para as empresas isentas do CNPJ;**

- c) endereço completo da sede (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação);
- d) as informações do subitem 23.4.1. para controladores até o nível de pessoa natural, principais administradores e procuradores; e
- e) as informações do subitem 23.4.1. para beneficiários finais.

23.5. Mensalmente, até a data estabelecida no contrato de seguro, deverá ser enviado à seguradora por meio de arquivo eletrônico as informações necessárias para 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. 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.

23.7. 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.

23.8. 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/repassar o Prêmio à Seguradora.

24. REGIME FINANCEIRO

24.1. Este plano está 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 há devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.**

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA

25.1. As peças promocionais e de propaganda referente a divulgação do seguro por parte do corretor de seguros, estipulante/subestipulante deverão ser divulgadas com autorização prévia, expressa, e de supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais da apólice e as normas de seguro.

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

26. PRESCRIÇÃO

26.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

27. FORO

-
- 27.1.** 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.
- 27.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso do previsto no item acima.

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 28.1.** A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 28.2.** Aos casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de Seguros no Brasil e a legislação brasileira.
- 28.3.** O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.
- 28.4.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da seguradora no site www.susep.gov.br.
- 28.5.** As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante na apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA

29. OBJETIVO DA COBERTURA

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

30. CAPITAL SEGURADO

- 30.1.** 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.
- 30.2.** Os capitais segurados desta cobertura e da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, quando contratadas, não se acumulam. Se, depois de pago o capital pela cobertura de invalidez permanente, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental – MA, deduzindo-se o valor já pago pela invalidez permanente por acidente.

31. DATA DO EVENTO

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

32. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 32.1.** 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 MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIMES – MA–C

33. OBJETIVO DA COBERTURA

33.1. 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.**

34. RISCOS COBERTOS

34.1. A presente cobertura garante o pagamento aos beneficiários de indenização correspondente a 10% (dez por cento) do capital segurado contratado para a cobertura básica de Morte Acidental, em caso de falecimento do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto em consequência de crime cometido contra o segurado**, conforme especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais e Cláusula 38 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

35. RISCOS EXCLUÍDOS

35.1. 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.

36. CAPITAL SEGURADO

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

37. DATA DO EVENTO

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

38. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

38.1. 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.

39. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

39.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa na seguinte situação:

- a) Com o cancelamento da cobertura básica de Morte Acidental – MA.**

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

40. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

41. OBJETIVO DA COBERTURA

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

42. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

42.1. Entende-se como Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a ser pago em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no Anexo I desta condição especial, em virtude de lesão física exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observado o disposto no item 42.9 desta cláusula.

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

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

42.4. 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.

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

42.6. 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.

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

42.8. 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.

42.9. 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.

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

43. RISCOS EXCLUÍDOS

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

44. CAPITAL SEGURADO

- 44.1. 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.
- 44.2. Os capitais segurados da cobertura básica de Morte Acidental – MA e da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPA.
- 44.3. Os capitais segurados das coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crimes – IPA–C, quando contratadas, se acumulam na ocorrência de acidente pessoal coberto, **observado as definições da Cláusula 64 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Decorrente de Crimes – IPA–C das condições especiais.**

45. DATA DO EVENTO

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

46. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 46.1. 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.

47. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

47.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – 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.**

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

48. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

48.1. 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).**

49. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

ANEXO I

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

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

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

	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	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 1/2 (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		
	MANDIBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau máximo	15
	Em grau médio	10
	Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fístulas	25
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	7
	Lesões da pálpebra	

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

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

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

50. OBJETIVO DA COBERTURA

50.1. 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 51 – RISCOS COBERTOS, em decorrência de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

51. RISCOS COBERTOS

51.1. 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%

51.2. 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.

51.3. 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 20 – PERDA DE DIREITOS.**

51.4. Esta cobertura não é extensiva aos segurados dependentes.

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

52. RISCOS EXCLUÍDOS

52.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL TODOS OS RISCOS EXCLUÍDOS CONSTANTES NAS CLÁUSULAS 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS E 43 – RISCOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA, DESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.**

53. CAPITAL SEGURADO

53.1. 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.

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

54. DATA DO EVENTO

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

55. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

55.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – 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.**

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

56. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

56.1. 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 48 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

57. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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, 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 59 – 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**.

59. RISCOS COBERTOS

59.1. A presente cobertura garante o pagamento correspondente a 10% (dez por cento) do capital segurado contratado para a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, em caso de invalidez permanente total ou parcial, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto em consequência de crime cometido contra o segurado**, conforme especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais e Cláusula 64 – COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos**.

59.2. Aplicam-se à esta cobertura as condições definidas na **CLÁUSULA 42 – 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.

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

60. RISCOS EXCLUÍDOS

60.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NAS CLÁUSULAS 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS E 43 – 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.

61. CAPITAL SEGURADO

61.1. 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.

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

62. DATA DO EVENTO

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

63. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

63.1. 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.

64. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

64.1. 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.

65. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

65.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – 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.

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

66. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

66.1. 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 48 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

67. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

68. OBJETIVO DA COBERTURA

68.1. 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 69 – RISCOS COBERTOS, em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

69. RISCOS COBERTOS

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

69.2. Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão previstos na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, constante no item 69.9, 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 69.6 desta cláusula.

69.3. 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 69.9 desta cláusula.

69.4. QUANDO DE UM MESMO ACIDENTE RESULTAR INVALIDEZ DE MAIS DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO, da tabela constante no item 69.9 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.

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

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

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

69.8. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

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

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

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos 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

70. RISCOS EXCLUÍDOS

70.1. 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.

71. CAPITAL SEGURADO

71.1. 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.

72. DATA DO EVENTO

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

73. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

73.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – 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.

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

74. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

74.1. 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).

75. DISPOSIÇÕES GERAIS

75.1. 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 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH–A

76. OBJETIVO DA COBERTURA

- 76.1.** Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento ao beneficiário de um valor fixo por dia de hospitalização do segurado, em consequência de acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias contratado e definidos na apólice, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**
- 76.2.** Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença– DIH–AD.

77. DEFINIÇÕES

- 77.1.** Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, também se aplicam 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.

78. RISCOS COBERTOS

- 78.1.** A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para cada dia de hospitalização do segurado, **exclusivamente em decorrência de acidente pessoal coberto**, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitado ao número máximo de diárias contratado, conforme descrito na Cláusula 80 – CAPITAL SEGURADO, **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.**
- 78.2.** 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 82 – FRANQUIA.
- 78.3. Limite Máximo de Eventos:** Será limitado em 3 (três) internações hospitalares a cada 12 (doze) meses contados a partir do último aniversário da apólice.

78.4. 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.

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

79. RISCOS EXCLUÍDOS

79.1. 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.**

80. CAPITAL SEGURADO

80.1. 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.

80.2. 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.**

80.2.1. 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.

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

81. DATA DO EVENTO

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

82. FRANQUIA

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

82.2. 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.

83. BENEFICIÁRIOS

83.1. Será o próprio segurado.

84. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

84.1. 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.

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

85. DISPOSIÇÕES GERAIS

85.1. 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 DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – DIT–A

86. OBJETIVO DA COBERTURA

86.1. 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 91 – FRANQUIA, e **as demais disposições contratuais**.

87. RISCOS COBERTOS

87.1. 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 91 – FRANQUIA, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos**.

87.2. 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**.

87.3. 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.

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

87.5. **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.**

87.6. 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.

87.7. **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.**

88. RISCOS EXCLUÍDOS

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

A) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;

B) INCAPACIDADE QUE TENHA SE INICIADO ANTES DA DATA DE INCLUSÃO DO SEGURADO NO SEGURO;

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

89. CAPITAL SEGURO

89.1. 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.

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

90. DATA DO EVENTO

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

91. FRANQUIA

91.1. 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.

92. LIMITE DE DIÁRIAS

92.1. 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.

93. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

93.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento total das diárias contratadas.

94. BENEFICIÁRIOS

94.1. Será o próprio segurado.

95. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

95.1. 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).

95.2. 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.

96. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO

97. OBJETIVO DA COBERTURA

97.1. 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**.

98. RISCOS COBERTOS

98.1. 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**.

98.2. 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.

98.3. 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.

99. RISCOS EXCLUÍDOS

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

100. CAPITAL SEGURADO

100.1. 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.

101. DATA DO EVENTO

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

102. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

102.1. 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.

103. BENEFICIÁRIOS

103.1. 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.

104. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

104.2. 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.

104.3. 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.

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

105. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

105.1. 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.

105.2. 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.

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

106. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

107. OBJETIVO DA COBERTURA

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

107.2. **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.

108. RISCOS COBERTOS

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

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

109. RISCOS EXCLUÍDOS

109.1. 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.

110. CAPITAL SEGURADO

110.1. 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.

111. DATA DO EVENTO

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

112. BENEFICIÁRIOS

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

113. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

113.1. 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 da estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados ou GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social;
- f) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
- g) Cópia do contrato de prestação de serviços firmado entre segurado e o estipulante ou subestipulante.

114. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL

115. OBJETIVO DA COBERTURA

115.1. 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**.

116. RISCOS COBERTOS

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

117. CAPITAL SEGURADO

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

118. DATA DO EVENTO

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

119. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

119.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – 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.

120. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL

121. OBJETIVO DA COBERTURA

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

122. CAPITAL SEGURADO

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

123. DATA DO EVENTO

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

124. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

124.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa:

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

125. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

126. OBJETIVO DA COBERTURA

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

127. RISCOS COBERTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

128. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

129. CAPITAL SEGURADO

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

131. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

131.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa:

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

132. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

132.1. 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).

133. DISPOSIÇÕES GERAIS

133.1. 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 INDENIZAÇÃO ESPECIAL EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IEIPA

134. OBJETIVO DA COBERTURA

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

135. RISCOS COBERTOS

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

135.2. Aplicam-se à esta cobertura as condições definidas na **CLÁUSULA 42 – CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE** das condições especiais da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, para fins de comprovação da invalidez.

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

136. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

137. CAPITAL SEGURADO

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

138. DATA DO EVENTO

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

139. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

140. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

140.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das condições gerais, esta cobertura cessa:

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

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

141. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

141.1. 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).

142. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DECESSOS – DEC

143. OBJETIVO DA COBERTURA

143.1. 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 145 – 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.**

144. RISCOS COBERTOS

144.1. 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.**

144.2. 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.

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

144.2.2. 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.

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

144.4. 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.

144.5. 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 a 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 a respeito das providências tomadas.

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

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

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.

144.6. 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.

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

144.8. 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 RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.

144.9. 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.**

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

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

144.10.1. 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.

144.11. 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).

144.12. 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.

144.13. 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.

144.14. Esta cobertura poderá ser contratada em conjunto ou separadamente com a cobertura básica de Morte Acidental – MA.

145. RISCOS EXCLUÍDOS

145.1. 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.

146. CAPITAIS SEGURADOS

146.1. 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.

146.2. 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.

146.3. 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.

147. DATA DO EVENTO

147.1. 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.

148. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

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

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

149. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

149.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 –

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.

149.1.1. 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 2 – DEFINIÇÕES, também extinguirá a referida cobertura.

150. BENEFICIÁRIOS

150.1. 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.

150.2. 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.

151. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

151.2. 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.

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

151.4. 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.

152. DISPOSIÇÕES GERAIS

152.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ

153. OBJETIVO DA COBERTURA

153.1. 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 154 – 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.**

154. RISCOS COBERTOS

154.1. 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.**

154.2. 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.

154.3. 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.

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

155. CAPITAIS SEGURADOS

155.1. 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.

156. DATA DO EVENTO

156.1. 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.

157. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

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

158. CARÊNCIA

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

nas condições contratuais.

159. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

159.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – 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.

159.1.1. 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 2 – DEFINIÇÕES das condições Gerais também extinguirá a referida cobertura.

160. BENEFICIÁRIOS

160.1. 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.

161. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

161.1. 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.

162. DISPOSIÇÕES GERAIS

162.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

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

163. OBJETIVO DA COBERTURA

163.1. 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**.

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

163.3. 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.

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

164. DEFINIÇÕES

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

Hospital: instituição legalmente autorizada pelo Ministério da Saúde correspondente, para o diagnóstico, cuidados médicos e cirúrgicos de feridos ou doentes, oferecendo centros cirúrgicos, médicos e enfermeiros certificados, disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia. Não 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.

165. RISCOS EXCLUÍDOS

165.1. 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”.

166. CAPITAIS SEGURADOS

166.1. 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.

166.2. 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.

166.3. 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 173 – FRANQUIA desta cobertura adicional, até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais.

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

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

167. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

167.1. 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.

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

167.3. 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.

167.3.1. Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido na Cláusula 166 – CAPITAIS SEGURADOS desta cobertura adicional.

168. DATA DO EVENTO

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

169. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

170. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

170.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – 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.

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

171. BENEFICIÁRIOS

171.1. O beneficiário será o próprio segurado.

172. FRANQUIA

172.1. 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.

173. CARÊNCIA

173.1. 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.

174. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

174.1. 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.

175. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

176. OBJETIVO DA COBERTURA

176.1. 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**.

177. RISCOS COBERTOS

177.1. 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**.

177.2. 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.

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

177.4. 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.

177.5. 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.

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

178. RISCOS EXCLUÍDOS

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

179. CAPITAL SEGURADO

179.1. 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.

180. DATA DO EVENTO

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

181. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

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

182.1. 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.

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

183.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa:

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

184. BENEFICIÁRIOS

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

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

185. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

185.1. 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 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).

186. DISPOSIÇÕES GERAIS

186.1. 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 FACULTATIVA DE CÔNJUGE E COMPANHEIRO(A) – IFC

187. OBJETIVO DA COBERTURA

187.1. 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.**

188. RISCOS COBERTOS

188.1. 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.**

188.2. 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.

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

188.4. 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.**

188.5. 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.

188.6. 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.

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

189. RISCOS EXCLUÍDOS

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

190. CAPITAL SEGURADO

190.1. 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.

191. DATA DO EVENTO

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

192. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

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

193.1. 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.

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

194.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa:

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

195. BENEFICIÁRIOS

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

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

196. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

196.1. 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).

197. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF

198. OBJETIVO DA COBERTURA

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

199. DEFINIÇÕES

199.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES 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.

200. RISCOS COBERTOS

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

200.1.1. 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.

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

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

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

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

201. RISCOS EXCLUÍDOS

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

202. CAPITAL SEGURADO

202.1. 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.

203. DATA DO EVENTO

203.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto, de acordo com cada cobertura contratada pelo segurado principal.

204. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

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

205.1. 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.

206. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

206.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 18 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa:

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

207. BENEFICIÁRIOS

207.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será:

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

208. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

208.1. 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.**

209. DISPOSIÇÕES GERAIS

209.1. 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.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

210. OBJETIVO

210.1. 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.

211. DEFINIÇÃO

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

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

212. DETERMINAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

212.1. 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;

212.2. 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) Prêmio 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) Os 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.

213. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

213.1. 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.

213.2. 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.

214. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

214.1. 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.

214.2. 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.

215. PAGAMENTO DO EXCEDENTE

215.1. 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.

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

215.3. 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.

215.4. 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.

216. MODIFICAÇÕES DA CLÁUSULA

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

217. DISPOSIÇÕES GERAIS

217.1. 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.