

SEGURO DE PESSOAS COLETIVO – ACIDENTES PESSOAIS

Condições Contratuais

Versão 5.0

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.000357/2011-64
Ramo 0982

MAPFRE Seguros Gerais S.A. – CNPJ 61.074.175/0001-38
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

Ouvicordia: 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. Ouvicordia 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	8
1. OBJETIVO DO SEGURO	8
2. GLOSSÁRIO	8
3. COBERTURAS DO SEGURO	13
4. RISCOS EXCLUÍDOS	14
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	15
6. INCLUSÃO DO SEGURADO	15
7. CARÊNCIA	15
8. FRANQUIA	16
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO	16
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	19
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	19
12. CAPITAIS SEGURADOS	19
13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	20
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS	20
15. PAGAMENTO DE PRÊMIO	21
16. REAVALIAÇÃO DE TAXA	22
17. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	22
18. PRAZO DE TOLERÂNCIA POR INADIMPLÊNCIA	23
19. CANCELAMENTO DO SEGURO COLETIVO	24
20. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	24
21. PERDA DE DIREITOS	27
22. BENEFICIÁRIOS	28
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	29
24. PERÍCIA MÉDICA	30
25. DIVERGÊNCIA DE NATUREZA MÉDICA	30
26. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE	31
27. CLÁUSULA DE EXCEDENTE TÉCNICO	31
28. PRESCRIÇÃO	31
29. FORO	31
30. DISPOSIÇÕES FINAIS	31
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA	32
1. OBJETIVO DA COBERTURA	32
2. DEFINIÇÕES	32
3. RISCOS EXCLUÍDOS	32
4. CAPITAIS SEGURADOS	32

5.	DATA DO EVENTO	32
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	32
7.	TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	32
8.	BENEFICIÁRIOS	32
9.	LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS	32
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	33
	CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA	34
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	34
2.	DEFINIÇÕES	35
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	35
4.	CAPITAIS SEGURADOS	36
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	36
6.	DATA DO EVENTO	36
7.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	36
8.	TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	36
9.	BENEFICIÁRIOS	36
10.	LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS	36
11.	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA	37
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	41
	CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL – AA-MA	42
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	42
2.	DEFINIÇÕES	42
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	42
4.	CAPITAIS SEGURADOS	42
5.	DATA DO EVENTO	42
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	42
7.	TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	42
8.	BENEFICIÁRIOS	43
9.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	43
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	43
	CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE – DIH-A	44
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	44
2.	DEFINIÇÕES	44
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	44

4.	CAPITAIS SEGURADOS	44
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	45
6.	DATA DO EVENTO	45
7.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	45
8.	TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	45
9.	BENEFICIÁRIOS	46
10.	FRANQUIA.....	46
11.	LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS.....	46
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	46
	CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH-AD.....	47
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	47
2.	DEFINIÇÕES.....	47
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	47
4.	CAPITAIS SEGURADOS	47
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	48
6.	DATA DO EVENTO	48
7.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	48
8.	TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	48
9.	BENEFICIÁRIOS	49
10.	FRANQUIA.....	49
11.	CARÊNCIA.....	49
12.	LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS.....	49
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	49
	CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – MAJORADA – IPA-M	50
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	50
2.	DEFINIÇÕES.....	51
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	51
4.	CAPITAIS SEGURADOS	51
5.	DATA DO EVENTO	51
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	51
7.	TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	51
8.	BENEFICIÁRIOS	52
9.	LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS.....	52
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	52
	CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA.....	53

1. OBJETIVO DA COBERTURA	53
2. DEFINIÇÕES.....	53
3. RISCOS EXCLUÍDOS	53
4. CAPITAIS SEGURADOS	54
5. DATA DO EVENTO	54
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	54
7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	54
8. BENEFICIÁRIOS	54
9. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS.....	54
10. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	55
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	55
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO-A.....	56
1. OBJETIVO DA COBERTURA	56
2. DEFINIÇÕES.....	56
3. RISCOS EXCLUÍDOS	56
4. CAPITAIS SEGURADOS	56
5. DATA DO EVENTO	56
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	56
7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	57
8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	57
9. BENEFICIÁRIOS	57
10. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS.....	57
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	58
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – IFTTA	59
1. OBJETIVO DA COBERTURA	59
2. DEFINIÇÕES.....	59
3. ELEGIBILIDADE.....	59
4. RISCOS EXCLUÍDOS	59
5. CAPITAIS SEGURADOS	60
6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	60
7. DATA DO EVENTO.....	61
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	61
9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	61
10. BENEFICIÁRIOS	61
11. FRANQUIA.....	61

12. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTRO	61
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	62
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE UTI – DIH-A-UTI	63
1. OBJETIVO DA COBERTURA	63
2. DEFINIÇÕES.....	63
3. RISCOS EXCLUÍDOS	63
4. CAPITAIS SEGURADOS	64
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	64
6. DATA DO EVENTO.....	64
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	64
8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	64
9. BENEFICIÁRIOS	65
10. FRANQUIA.....	65
11. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS.....	65
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	65
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA UTI – DIH-AD-UTI	66
1. OBJETIVO DA COBERTURA	66
2. DEFINIÇÕES.....	66
3. RISCOS EXCLUÍDOS	66
4. CAPITAIS SEGURADOS	67
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	67
6. DATA DO EVENTO.....	67
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	67
8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	67
9. BENEFICIÁRIOS	68
10. FRANQUIA.....	68
11. CARÊNCIA.....	68
12. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS.....	68
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	68
CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DECESSOS – DC (Auxílio Funeral)	69
1. OBJETIVO DA COBERTURA	69
2. DEFINIÇÕES.....	69
3. RISCOS COBERTOS.....	69
4. RISCOS EXCLUÍDOS	71
5. CAPITAL SEGURADO	72

6.	DATA DO EVENTO	72
7.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	72
8.	CARÊNCIA	72
9.	BENEFICIÁRIO	72
10.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	73
11.	TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	73
12.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	73
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	74
CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE DEPENDENTE CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) – IADC		75
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	75
2.	DEFINIÇÕES	75
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	75
4.	CAPITAIS SEGURADOS	75
5.	DATA DO EVENTO	75
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR	75
7.	TÉRMINO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR	76
8.	BENEFICIÁRIOS	76
9.	CARÊNCIA	76
10.	FRANQUIA	76
11.	LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS	76
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	77
CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE DEPENDENTE CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) – IFDC		78
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	78
2.	DEFINIÇÕES	78
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	78
4.	CAPITAIS SEGURADOS	78
5.	DATA DO EVENTO	78
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR	79
7.	TÉRMINO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR	79
8.	BENEFICIÁRIOS	79
9.	CARÊNCIA	79
10.	FRANQUIA	79
11.	LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS	79
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	80
CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE DEPENDENTE FILHO(A) – IADF		81

1. OBJETIVO DA COBERTURA	81
2. DEFINIÇÕES.....	81
3. RISCOS EXCLUÍDOS	81
4. CAPITAIS SEGURADOS	82
5. DATA DO EVENTO	82
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR	82
7. TÉRMINO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR.....	82
8. BENEFICIÁRIOS	82
9. CARÊNCIA.....	82
10. FRANQUIA.....	82
11. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS.....	82
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	83
 CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE DEPENDENTE FILHO(A) – IFDF.....	84
1. OBJETIVO DA COBERTURA	84
2. DEFINIÇÕES.....	84
3. RISCOS EXCLUÍDOS	85
4. CAPITAIS SEGURADOS	85
5. DATA DO EVENTO	85
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR	85
7. TÉRMINO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR.....	85
8. BENEFICIÁRIOS	85
9. CARÊNCIA.....	85
10. FRANQUIA.....	85
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	86
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	86
 CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTE TÉCNICO.....	87

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(s) Beneficiário(s) do seguro, limitada ao Capital Segurado contratado, no caso de evento coberto durante o período de vigência do seguro, **observados os riscos expressamente excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado, a vigência do contrato de seguro e as demais disposições contratuais.**

2. GLOSSÁRIO

2.1. **Acidente Pessoal:** 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 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:

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

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

2.1.2. Excluem-se do conceito de Acidentes Pessoais:

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

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

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

-
- 2.4. Atualização Monetária:** aplicação de ajuste de valores de prêmio e capital segurado, com base em índice previamente estipulado.
- 2.5. Aviso de Sinistro:** comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência do evento passível de cobertura sob a Apólice, sob pena de perda do direito à indenização ou ao capital segurado.
- 2.6. Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do capital segurado, respeitada a Cobertura contratada, na hipótese de evento coberto.
- 2.7. Boa-fé:** princípio fundamental do seguro que obriga as partes a atuarem com honestidade, lealdade, integridade e fidelidade ao cumprimento das leis e ao contrato do seguro. O segurado se obriga a prestar informações e descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes.
- 2.8. Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.
- 2.9. 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, na ocorrência do evento coberto, o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito aos capitais segurados contratados.
- 2.10. Certificado Individual:** documento emitido para cada Segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.
- 2.11. Cobertura(s):** risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.
- 2.12. Comoriência:** presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.13. Conjugue/Companheiro(a):** pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como companheiro(a) é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente.
- 2.14. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro, que englobam as Condições Gerais e as Condições Especiais.
- 2.15. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de Cobertura de um mesmo seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
- 2.16. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo plano de Seguro.
- 2.17. Conjulação:** é a contratação de mais de uma cobertura securitária constante no presente instrumento.
- 2.18. Contrato Coletivo:** instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades particularidades operacionais e as obrigações do Estipulante e a Seguradora, em especial no que se refere às relações com o Segurado, Beneficiário e assistido, de forma complementar às Condições Contratuais.

-
- 2.19. Corretor de Seguros:** é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover Contratos de Seguro. **O Corretor de seguros responde de forma civil e regulatória pelos prejuízos que causar no exercício da sua profissão, por ação, omissão dolosa ou culposa.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor no site www.susep.gov.br por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 2.20. Culpa Grave:** conduta lesiva decorrente de negligência, imprudência ou imperícia do agente, cujo resultado final, embora involuntário, era previsível no momento da ação.
- 2.21. Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à adesão ao seguro, de seu conhecimento, não declarada na Proposta e/ou Questionário de Avaliação de Risco. **A omissão dessas doenças ou lesões por ocasião da contratação do seguro ensejará a perda do direito à indenização.**
- 2.22. Endosso:** documento emitido pela Seguradora, durante a Vigência do Seguro, por meio do qual são formalizadas alterações dos do seguro contratados e condições de uma Apólice, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante ou Segurado.
- 2.23. Domicílio do Segurado:** endereço indicado pelo segurado e constante no certificado individual.
- 2.24. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva, ficando investida de poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.
- 2.25. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais e ocorrido durante a Vigência do Seguro, passível de ser indenizado pela Seguradora em favor do Segurado ou Beneficiário(s) enquadrado nas Cobertura previstas na Apólice contratual.
- 2.26. Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice, em determinado período.
- 2.27. Filho:** aquele considerado dependente econômico do Segurado, desde que observadas as condições indicadas abaixo:
i. Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
ii. Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho; e
iii. Filho(a) ou Enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.
- 2.28. Franquia:** período contínuo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 2.29. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.30. Grupo Segurável:** totalidade de pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.31. 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.

- 2.32. Impotência Funcional:** alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que gera prejuízo ao indivíduo.
- 2.33. Indenização:** valor a ser pago pela Seguradora, quando da ocorrência de Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da(s) cobertura(s) contratada(s).
- 2.34. IPCA:** Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
- 2.35. Liquidação do Sinistro:** pagamento da indenização, após a finalização da regulação do sinistro e conclusão de sinistro indenizável.
- 2.36. Internação Hospitalar:** período de permanência do segurado na instituição hospitalar legalmente habilitada, por determinações médicas, resultantes de acidente pessoal coberto ocorrido com o mesmo.
- 2.37. Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado. Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.
- 2.38. Prêmio:** importância fixada na Apólice/Certificado Individual e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia do risco e do interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.
- 2.39. Premoriência:** morte do beneficiário antes do falecimento do segurado que o indicou na proposta de adesão.
- 2.40. 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.
- 2.41. Proposta de Adesão:** documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.
- 2.42. Proposta de Contratação:** documento preenchido pelo Proponente Estipulante, seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas) do seguro e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais. A Proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.
- 2.43. Questionário de Avaliação do Risco:** formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.
- 2.44. 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.

-
- 2.45. Redução Funcional:** alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.
- 2.46. Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos, ocorridos neste período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao(s) beneficiário(s).
- 2.47. Regulação de Sinistro:** procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro.
- 2.48. Relatório Médico:** documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico habilitado com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.49. Risco:** evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos.
- 2.50. Riscos Excluídos:** evento potencialmente danoso não coberto pela Apólice, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pela Apólice.
- 2.51. Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. No caso de contratação por pessoa jurídica, o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa na data de contratação do seguro.
- 2.52. 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 Seguros Gerais S.A..
- 2.53. Seguro Contributário:** aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.54. Seguro Não Contributário:** aquele em que o estipulante/subestipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.
- 2.55. Sinistro:** ocorrência do evento coberto previsto nas Condições Contratuais, durante o período de Vigência do Seguro.
- 2.56. Tratamentos Cirúrgicos:** atos cirúrgicos realizados no segurado durante a internação hospitalar, decorrentes de eventos cobertos.
- 2.57. Tratamentos Clínicos:** conjunto de ações de promoção, prevenção ou recuperação da saúde do segurado para enfermidades, acidentes ou lesões decorrentes de eventos cobertos, que exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicar em algum tratamento cirúrgico.
- 2.58. Unidade de Terapia Intensiva – UTI:** corresponde à área do hospital dotada de sistema de monitorização contínua, que atende pacientes em estado potencialmente grave ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos.
- 2.59. Vigência do Seguro:** período definido na Apólice do seguro durante o qual está em vigor o contrato de seguro,

mediante o pagamento dos prêmios devidos à Seguradora.

2.60. Vigência da Cobertura Individual: período 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 facultada ao estipulante a composição das coberturas do seguro, aplicáveis a todo o grupo segurado, respeitando as regras de conjugação indicadas nesta cláusula e preestabelecidas pela seguradora. O conjunto das coberturas contratadas deverá ser identificado na proposta de contratação, sendo obrigatória a contratação de, no mínimo, uma das Coberturas Básicas relacionadas abaixo:

3.1.1. COBERTURAS BÁSICAS

- a) Morte Acidental – MA
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- c) Auxílio Alimentação por Morte Acidental – AA-MA
- d) Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A
- e) Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH-AD

3.1.2. COBERTURAS ADICIONAIS

- a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA-M
- b) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
- c) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO-A
- d) Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente – IFTTA
- e) Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH-A-UTI
- f) Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença UTI – DIH-AD-UTI
- g) Decessos – DC (Auxílio Funeral)

3.1.3. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

- a) Inclusão Automática de Dependente Cônjuge/Companheiro(a) – IADC
- b) Inclusão Facultativa de Dependente Cônjuge/Companheiro(a) – IFDC
- c) Inclusão Automática de Dependente Filho – IADF
- d) Inclusão Facultativa de Dependente Filho – IFDF

3.2. As coberturas básicas podem ser contratadas em conjunto ou isoladamente.

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 básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

3.4. A cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH-A-UTI somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A.

3.5. A cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença UTI – DIH-AD-UTI somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH-AD.

3.6. A cobertura adicional de Decessos – DC somente poderá ser contratada em conjunto com uma das coberturas básicas.

3.7. As coberturas descritas abaixo não poderão ser contratadas conjuntamente:

- 3.7.1. A cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA e a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA.**
 - 3.7.2. As coberturas básicas de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A e Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH-AD.**
 - 3.7.3. As Cláusulas Suplementares de Inclusão Automática de Dependente Cônjugue/Companheiro(a) – IADC e Inclusão Facultativa de Dependente Cônjugue/Companheiro(a) – IFDC.**
 - 3.7.4. As Cláusulas Suplementares de Inclusão Automática de Dependente Filho – IADF e Inclusão Facultativa de Dependente Filho – IFDF.**
- 3.8. O estipulante e/ou subestipulante deverá(ão) declarar na proposta de contratação quais coberturas será(ão) contratada(s).**
- 3.9. Aos menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.**
- 3.10. As coberturas previstas nestas condições gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente previstas na apólice, no certificado individual e/ou no endoso.**
- 3.11. A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital(is) segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. SÃO RISCOS EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:**
 - A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO EXPLOSÃO NUCLEAR, PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
 - B) DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E/OU NO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO;**
 - C) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO AS DOENÇAS INFECIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;**
 - D) TRATAMENTO DE EXAME CLÍNICO, CIRÚRGICO OU MEDICAMENTOSO NÃO EXIGIDO DIRETAMENTE PELO ACIDENTE;**
 - E)ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;**
 - F) NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;**
 - G) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICOS;**
 - H) ENVENENAMENTOS POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO DE GASES E VAPORES;**
 - I) FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS**

-
- J) CONVULSÕES DA NATUREZA;
 - K) SUICÍDIO OU SEQUELAS DECORRENTES DA SUA TENTATIVA, CASO OCORRAM NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DA COBERTURA, CONTADOS DA DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO OU DE SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;
 - L) DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO, CONFORME PREVISTO NO CÓDIGO CIVIL VIGENTE;
 - M) ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, GUERRA CIVIL, GUERRILHA, 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;
 - N) VIAGENS EM AERONAVES OU EMBARCAÇÕES:
 - QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO EM VIGOR DAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO;
 - DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
 - QUE, SENDO OFICIAIS MILITARES, NÃO ESTEJAM PRESTANDO SERVIÇO MILITAR;
 - O) EPIDEMIAS E PANDEMIAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
 - P) 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.

4.2. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS:

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

-
- 6.1. A inclusão dos segurados na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, assinada pelo proponente ou seu representante legal, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde e/ou atividades, podendo ser compulsória ou facultativa.

7. CARÊNCIA

-
- 7.1. Não haverá carência para as coberturas deste seguro, **exceto no caso de suicídio ou na sua tentativa**, quando a referida carência corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual, ou de sua recondução depois de suspenso ou, ainda, da data do aumento do capital segurado (ocasião em que será considerado o capital segurado anterior ao aumento).

8. FRANQUIA

8.1. Poderão ser aplicadas franquias nas coberturas contratadas, cujos prazos estarão previstos nas condições especiais de cada cobertura e na proposta de contratação e na proposta de adesão.

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

9.2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA:

9.2.1 A contratação ou alteração da Apólice se dará mediante apresentação da Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo representante legal do Proponente Estipulante e/ou pelo Corretor de Seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro.

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

9.3. Na Proposta, deverão ser prestadas pelo Estipulante 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 23 - PERDA DE DIREITOS.

9.4. 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.

9.5. 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.

9.6. A recusa da Proposta será comunicada pela Seguradora ao Proponente Estipulante ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.

9.7. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto na Cláusula 9.4, respeitada as condições de interrupção, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.

9.8. 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.

9.8.1. A data de aceitação da Proposta será:

- I. A data de emissão/disponibilização da Apólice; ou
- II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 9.4, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

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

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

9.11. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL:

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

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

9.13. 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 21. PERDA DE DIREITOS.

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

9.13.2. 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.

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

a) Pessoa Física:

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

b) Pessoa Jurídica:

- b.1) a denominação ou razão social;
- b.2) atividade principal desenvolvida;
- b.3) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
- b.4) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;
- b.5) informações acerca da situação patrimonial e financeira;
- b.6) as informações do Item a para controladores até o nível de pessoa natural, principais administradores e procuradores;
- b.7) as informações do Item a para beneficiários finais.

9.14. 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.

9.14.1. A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a Proposta que não satisfaça a

todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências pendentes.

9.15.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.

9.16.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.

9.16.1.Caso o Proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez, durante o prazo previsto no item anterior, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

9.17.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.**

9.18.A recusa do risco será comunicada pela seguradora ao Proponente ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.

9.19.A ausência de manifestação da seguradora por escrito no prazo previsto no item 9. 4, respeitadas as condições de suspensão caracterizará a aceitação tácita da proposta.

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

9.20.1.Na hipótese de apresentação de Proposta de Adesão com pagamento antecipado de Prêmio, total ou parcial, o período de vigência da Apólice será considerado iniciado a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, em cobertura provisória, até que a Seguradora aceite, ou não, o risco.

Fica estabelecido que a garantia provisória oferecida a partir do recebimento da Proposta com o adiantamento do Prêmio não obriga a Seguradora a aceitar definitivamente a referida Proposta.

Em caso de recusa da Proposta, a cobertura securitária permanecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o Proponente, seu representante legal, ou o Corretor de Seguros tiver conhecimento formal da recusa.

Formalizada a recusa, o valor do adiantamento a que se refere a Cláusula 9.20.1 deverá ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “*pro rata temporis*” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura e do valor das despesas de contratação.

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.

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 9.4, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

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

A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora

aceitando a alteração pedida pelo Segurado ou pelo Estipulante. 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 9.4 e subitem 9.5 desta cláusula.

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.

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

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 10.1.** O início e o término de vigência do seguro e alterações dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das respectivas datas indicadas na apólice/certificado de seguro.
- 10.2.** Nos contratos de seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas, **sem o pagamento de prêmio**, o início de vigência das coberturas deverá coincidir com a data de aceitação da proposta de adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes e previsto no contrato de seguro.
- 10.3.** A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas, **com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio**, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta de adesão pela seguradora.
- 10.4.** O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.
- 10.5.** A vigência individual será renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora ou o segurado, mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias, antes do término da vigência da apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 11.1.** A vigência da apólice será estabelecida nas condições contratuais.
- 11.2.** A apólice será automaticamente renovada por um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias antes do término da vigência da apólice, comunicar, por escrito, o desinteresse pela renovação.
- 11.3.** As renovações da apólice posteriores à primeira não serão automáticas e poderão ocorrer nos termos da CLÁUSULA 9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO.
- 11.4.** Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 11.5.** Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual aos segurados.

12. CAPITAIS SEGURADOS

-
- 12.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e serão estabelecidos na apólice/certificados individuais de seguro.
 - 12.2. Os capitais segurados do segurado dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer coberturas, não podem ser superiores ao do segurado principal.

13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 13.1. Poderá ser efetuado o aumento dos capitais segurados, durante a vigência do seguro, mediante solicitação por escrito do segurado, e o pagamento do prêmio correspondente, observado o limite máximo de capital segurado individual vigente e a previsão da Cláusula 9 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO.
- 13.2. Se aceitos pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência, a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento do capital segurado, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para a hipótese de suicídio.
- 13.3. **Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento dos respectivos capitais segurados.** Nestes casos, os capitais segurados serão apenas atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
 - 13.3.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV.- 13.4. O segurado fica ciente que, para o aumento do capital segurado, deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou lesão preexistente ao aumento do capital segurado não declarada na proposta de adesão, e de conhecimento do segurado, 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 segurado.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

- 14.1. Os capitais segurados e os prêmios deverão ser atualizados monetariamente 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.
- 14.2. As atualizações de capitais segurados se aplicarão 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.
- 14.3. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, em moeda nacional, em cada aniversário da apólice pelo IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
 - 14.3.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGPM/FGV.
 - 14.3.2. As atualizações serão calculadas com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
 - 14.3.3. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice previsto no item anterior até a data da

ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

- 14.4.** Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 14.3, 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 pela seguradora, 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.
- 14.5.** Os valores das indenizações de sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 14.3, 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, acrescido de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados “pro rata temporis”, **somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.**
- 14.6.** Caso haja atraso no pagamento do Prêmio de seguro, para fins da purgação da mora prevista na Cláusula 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA POR INADIMPLIMENTO o valor devido se sujeitará à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 14.3, acrescido de (i) multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente; e (ii) juros moratórios de 0,5% (meio por cento) ao mês. Os juros moratórios serão calculados “pro rata temporis”, contados desde a data do vencimento da parcela vencida até a data do efetivo pagamento.
- 14.7.** 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.
- 14.8.** Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano não haverá atualização do capital segurado.

15. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 15.1.** O Prêmio do Seguro é periódico e deverá ser pago, pelo Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, Estipulante de acordo com a modalidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual), de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.
- 15.1.1.** 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.
- 15.1.2.** Se aplicável, a Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, ou ao Estipulante, 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.
- 15.1.3.** Se o Segurado, seu representante, Estipulante e/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 15.4, deverão solicitar à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data do seu vencimento.
- 15.2.** 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.

15.3. 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.

15.4. 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.

15.5. A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO PODERÁ CARACTERIZAR INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APPLICADO O DISPOSTO NA CLÁUSULA 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA POR INADIMPLÊNCIA.

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

15.7. A FALTA DE PAGAMENTO DA PARCELA ÚNICA OU DA 1^a (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.

15.8. 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 14 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, SENDO APPLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA POR INADIMPLÊNCIA E NA CLÁUSULA 21 – PERDA DE DIREITOS.

16. REAVALIAÇÃO DE TAXA

16.1. Anualmente, no aniversário da contratação ou renovação, a seguradora reavaliará periodicamente, as condições e prêmios do seguro, podendo haver atualizações necessárias conforme condições contratuais e legislação vigente.

16.2. Em caso de reavaliação de taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

17.1. A cobertura individual de cada segurado cessará, sem qualquer restituição de prêmio:

- a) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante;**
- b) Quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;**
- c) Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio, conforme Cláusula 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA POR INADIMPLÊNCIA;**
- d) Com a ocorrência da morte do segurado;**
- e) Com a não renovação ou cancelamento da apólice, respeitando o disposto nas Cláusulas 11 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO COLETIVO, destas Condições Gerais;**
- f) Quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;**
- e**

-
- g) Com o pagamento do capital segurado integral de uma das coberturas adicionais contratadas, que preveja a exclusão do segurado da apólice.
 - h) Imediatamente se constado uma das hipóteses previstas na Cláusula 21 – PERDA DE DIREITOS.

18. PRAZO DE TOLERÂNCIA POR INADIMPLÊNCIA

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

18.1.1. Durante o prazo de tolerância estarão cobertos os sinistros ocorridos, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), podendo a Seguradora abater o(s) respectivos(s) valor(es) devido(s) da indenização. Serão aplicados no(s) prêmio(s) devido(s) os encargos previstos na CLÁUSULA 13 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

18.2. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA O SEGURADO SERÁ NOTIFICADO PARA PAGAR A(S) PARCELAS EM ATRASO COM OS ENCARGOS DEVIDOS, SENDO ADVERTIDO QUE O NÃO PAGAMENTO ATÉ O PRAZO INDICADO ACARRETARÁ O CANCELAMENTO DO SEGURO

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

18.4. A APÓLICE DE SEGURO PODERÁ SER RESCINDIDA A QUALQUER TEMPO, DESDE QUE COM A CONCORDÂNCIA RECÍPROCA DAS PARTES CONTRATANTES. A SEGURADORA RETERÁ, ALÉM DOS EMOLUMENTOS, O PRÊMIO RECEBIDO DE FORMA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO DA VIGÊNCIA.

18.5. O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, SEM QUALQUER RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO E EMOLUMENTOS:

18.5.1. QUANDO HOUVER FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE COMPROVADAMENTE PRATICADA PELO SEGURADO, SEU REPRESENTANTE LEGAL OU BENEFICIÁRIO NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO OU DURANTE A SUA VIGÊNCIA, OU AINDA, PARA OBTENÇÃO OU PARA MAJORAÇÃO DA INDENIZAÇÃO;

18.5.2. NA OCORRÊNCIA DE QUAISQUER DAS SITUAÇÕES PREVISTAS NA CLÁUSULA 21 – PERDA DE DIREITOS, SALVO NOS CASOS EM QUE NÃO HAJA MÁ-FÉ E QUE A SEGURADORA OPTE PELA CONTINUIDADE DO SEGURO;

18.5.3. PELA INOBSERVÂNCIA DAS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NA CLÁUSULA 23 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE, INCLUSIVE QUANTO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO;

18.5.4. NO FINAL DO PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, SE ESTA NÃO FOR RENOVADA;

18.6. COM O PAGAMENTO TOTAL DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, QUANDO A COBERTURA INDENIZADA PREVER, EM SUAS CONDIÇÕES ESPECIAIS, A EXTINÇÃO DA APÓLICE CONTRATADA;

18.7. COM O FALECIMENTO DO SEGURADO TITULAR.

18.8. No caso de seguros com cobrança de prêmio futura, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, conforme previsto nos subitens 15.1.2 e 15.1.3 da Cláusula

15 – PAGAMENTO DE PRÊMIO.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO COLETIVO

- 19.1. O seguro poderá ser cancelado a qualquer tempo, desde que com a concordância recíproca entre a Seguradora e o Estipulante. A Seguradora reterá, além dos emolumentos, o prêmio recebido de forma proporcional ao tempo decorrido da vigência.
- 19.2. O Seguro será automaticamente cancelado, sem restituição de prêmios e emolumentos:
- Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das condições contratuais da apólice;
 - Quando houver fraude ou tentativa de fraude comprovadamente praticada pelo Estipulante, Segurado, seus representantes legais ou Beneficiários na contratação do seguro ou, durante sua vigência, ou, ainda, para a obtenção ou majoração da indenização;
 - Pelo atraso no pagamento do prêmio conforme disposto na cláusula 18 – prazo de tolerância e cancelamento do seguro por inadimplência destas condições gerais;
 - No final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada;
 - Na hipótese de contratação por pessoas jurídicas, se seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;
 - Na ocorrência de quaisquer das situações previstas na Cláusula 22 – PERDA DE DIREITOS;
 - pela inobservância das obrigações convencionadas na Cláusula 23 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE, inclusive quanto ao pagamento do prêmio do seguro;
 - Se não for atingido o número mínimo de vidas exigidas para a contratação e/ou renovação do seguro.
- 19.3. Durante a vigência, a apólice não poderá ser cancelada pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza do risco.
- 19.4. No caso de cancelamento do contrato de seguro, os valores exigíveis serão calculados a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

20. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

20.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 20.1.1. 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 nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).
- 20.1.2. Caso a documentação apresentada no 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.

- 20.1.3. Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações previstas 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.
- 20.1.4. 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 nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).
 - 20.1.4.1. Neste caso, a contagem do prazo para a manifestação sobre a cobertura será suspensa, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
 - 20.1.4.2. Nos sinistros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a contagem do prazo poderá ser suspensa por apenas 1 (uma) única vez. Para os demais casos, a suspensão poderá ocorrer por no máximo 2 (duas) vezes.
- 20.1.5. A não entrega dos documentos básicos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e/ou complementares solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da Regulação do Sinistro sem pagamento de Indenização. Nessa hipótese, a Regulação do Sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.
- 20.1.6. Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.
- 20.1.7. 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.
- 20.1.8. 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.

-
- 20.1.9. 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.
- 20.1.10. A Regulação e a Liquidação do Sinistro poderão ser realizadas simultaneamente quando possível.

20.2. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 20.2.1. 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.
- 20.2.2. Em caso de Sinistro amparado por mais de uma cobertura, serão deduzidas a Franquia correspondente a cada cobertura individualmente, quando houver.
- 20.2.3. O Segurado ou Beneficiário deverá apresentar à Seguradora todos os documentos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).
- 20.2.4. 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.
- 20.2.5. Uma vez cumprida a obrigação de fornecer todos os documentos e informações solicitadas, realizada a regulação e reconhecida a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.
- 20.2.6. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o liquidante do Sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares.
- 20.2.7. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por 1 (uma) única vez, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 20.2.8. Se, após o pagamento do capital segurado, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descharacterize 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.
- 20.3. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do segurado, do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 20.4. Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**
- 20.5. Nos casos de cobertura internacional, os eventuais encargos de tradução necessários à regulação de sinistros, ficarão totalmente a cargo da seguradora.

-
- 20.6. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 20.7. Poderá ser solicitado o(s) comprovante(s) de pagamento do prêmio de seguro, para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento, porém anteriormente à data do sinistro.
- 20.8. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento reclamado pelo segurado não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

21. PERDA DE DIREITOS

21.1. 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:

21.1.1. O Estipulante, 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.

21.1.1.1. 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.

21.1.2. O Estipulante, 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.

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

21.1.3. O Estipulante, 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.

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

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

21.1.3.2.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

- a) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado acrescido da diferença cabível; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

23.1.3.2.3. 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.

21.1.4. O Estipulante, 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.

21.2. 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, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is):

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

21.2.2. 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.

21.2.3. 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.

22. BENEFICIÁRIOS

22.1. A indicação dos beneficiários deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.

22.2. Os beneficiários poderão ser alterados a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora.

22.3. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será admitida a substituição do(s) beneficiário(s) anteriormente indicado(s), mediante solicitação expressa e por escrito à seguradora, observadas as restrições legais.

-
- 22.3.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado aos antigos beneficiários.
- 22.4. O beneficiário do(s) cônjuge(s) e filhos será sempre o segurado principal.
- 22.5. Caso não seja(m) indicado(s) o(s) beneficiário(s) na proposta de adesão, o capital segurado será pago conforme o estabelecido no Código Civil, ou seja, metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.
- 22.6. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.
- 22.7. Na falta de beneficiários indicados na proposta de adesão ou beneficiários legais, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.**
- 22.8. 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).**

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 23.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do estipulante:**
- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para inclusão mensal de segurados e consequente emissão de faturas, se couber;
 - b) Manter a seguradora informada a respeito do segurado, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido na apólice;
 - c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
 - d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo artigo 7º da Resolução CNSP 107/04;
 - e) Pagar no banco credenciado, o valor total dos prêmios, se couber;
 - f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
 - g) Discriminar o nome da seguradora, nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela seguradora;
 - h) Comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
 - i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;
 - j) Comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerarem irregulares quanto ao seguro contratado;
 - k) Fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
 - l) Cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

- 23.2. No caso de seguros contributários, é vedado ao Estipulante:**
- a) Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
 - b) Rescindir o contrato sem anuênciam 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 anuênciam da Seguradora, por escrito, e

- sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- 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. O não repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro e sujeita o Estipulante às cominações legais.
- 23.4. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, ficará o Estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do Prêmio do seguro de cada Segurado.
- 23.5. O Estipulante 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.
- 23.6. O Estipulante 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.
- 23.7. Salvo disposição em contrário, o Estipulante é o único responsável perante a Seguradora pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a de pagar o prêmio.

24. PERÍCIA MÉDICA

- 24.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.
- 24.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

25. DIVERGÊNCIA DE NATUREZA MÉDICA

- 25.1. 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 contestação, a constituição de junta médica.
- 25.2. Esta junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado 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.**
- 25.3. 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.
- 25.3.1. 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.**
- 25.3.2. **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, reembolso de**

despesas.

25.4. Havendo divergência sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

26.CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

26.1. Para as **coberturas de reembolso**, a seguradora poderá solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de aceitação, informação ao proponente ou ao segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

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

27.CLÁUSULA DE EXCEDENTE TÉCNICO

27.1. Poderá ser acordado entre o estipulante e a seguradora a inserção da cláusula de Excedente Técnico, cujas regras estarão disponíveis nas condições contratuais.

28.PRESCRIÇÃO

28.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

29.FORO

29.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste seguro.

30.DISPOSIÇÕES FINAIS

30.1. O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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

30.3. Este seguro será 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.

30.4. As condições contratuais deste produto protocoladas pela Seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante na proposta e no Certificado Individual.

30.5. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa, por escrito, e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado, mediante o recebimento do prêmio correspondente pela seguradora, aos beneficiários indicados na proposta de adesão ou, na sua falta, aos beneficiários legais, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, **observadas as disposições contratuais**.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, os eventos descritos nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais.

5. DATA DO EVENTO

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura termina:

- a) Com o pagamento de indenização por ocasião de sinistro ocorrido com o segurado;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
- c) Com o pagamento do capital segurado desta cobertura.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. Os beneficiários serão definidos conforme o disposto na Cláusula 22 – BENEFICIÁRIOS das condições gerais.

9. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

9.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – REGULAÇÃO E

LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.

- 9.2.** Além disso, para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) beneficiário(s);
 - b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
 - c) Cópia do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro nacional para Estrangeiro, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - d) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s);
 - e) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do beneficiário. Na falta de RG e CPF, Cópia da Certidão de Nascimento;
 - f) Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada e emitida após o óbito, com averbação do óbito, ou de comprovação de união estável por ocasião do sinistro;
 - g) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO;
 - h) Cópia do C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho, se houver;
 - i) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor do veículo;
 - j) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se houver;
 - k) Laudo toxicológico e de dosagem alcoólica. Caso não tenha sido realizado, apresentar declaração do órgão competente, se houver;
 - l) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver.

- 9.3. O pagamento do capital segurado será realizado sob forma única.**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado, mediante recebimento do prêmio correspondente pela seguradora, ao próprio segurado, caso venha a ficar total ou parcialmente inválido, em caráter permanente, pela perda ou impotência funcional definitiva e total ou parcial de membro ou órgão **especificado na Cláusula 11 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, desta condição especial, **em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto**, ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual, **observadas as disposições contratuais**.

- 1.1.1. Entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos (de acordo com o item 1.1 acima descrito), 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.
- 1.1.2. O pagamento da indenização para essa cobertura estará condicionado à comprovação de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do segurado, nos termos do subitem 1.1.1, quando da alta médica definitiva, contendo o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s), descritos em diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 1.1.3. No caso de Invalidez Parcial por Acidente, não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial será calculado pela aplicação, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado da porcentagem prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita na Cláusula 11 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.
- 1.1.4. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo médio ou mínimo, a indenização proporcional será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento) para o grau máximo, 50% (cinquenta por cento) para o grau médio e 25% (vinte e cinco por cento) para o grau mínimo, aplicados sobre a Tabela para Cálculo de Indenização constante na Cláusula 11 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, desta condição especial.
- 1.2. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais estabelecidos para cada um, conforme TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, transcrita na Cláusula 11, desta condição especial, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.
- 1.3. Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, o somatório das indenizações não poderá exceder o total previsto na TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, transcrita na Cláusula 11, desta condição especial, caso houvesse a perda completa desse membro.

-
- 1.4. A perda ou redução maior da função de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dará direito a reclamações, salvo quando declarada previamente na proposta de adesão, caso em que se reduzirá do grau definitivo a invalidez preexistente no cálculo da indenização.
 - 1.5. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, transcrita na Cláusula 11, desta condição especial, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
 - 1.6. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.
 - 1.7. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata essa cobertura, devendo ser comprovada por declaração médica, respeitados os documentos solicitados na Cláusula 10 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS desta condição especial.
 - 1.8. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como as avaliações da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
 - 1.9. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de Invalidez Permanente Total por Acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.
 - 1.10. Se ambas as coberturas por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente tiverem sido contratadas, suas indenizações não se acumularão. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte será deduzida a importância já paga por invalidez permanente.
 - 1.11. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto;
 - b) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto;
 - c) Todo e qualquer dano e/ou sequela causados pela doença conhecida como Acidente Vascular Cerebral – AVC;
 - d) Qualquer perda, redução, impotência permanente total ou parcial de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, quando caracterizada a **invalidade permanente parcial por acidente**, de acordo com as demais disposições das condições contratuais, sem cobrança de prêmio adicional.

6. DATA DO EVENTO

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

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

7.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento integral do capital segurado para essa cobertura;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
- c) Quando for cancelada esta cobertura adicional.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1. O beneficiário será o próprio segurado.

10. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

10.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.

10.2. Além disso, para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro” com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- b) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT;
- c) Exame de corpo de delito, quando indicado;
- d) Cópia do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- e) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;

- f) Cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário referente ao último mês de atividade;
- g) Cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – B.O.;
- i) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se houver;
- j) Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho, se houver;
- k) Laudo toxicológico e de dosagem alcoólica, caso não tenha sido realizado apresentar declaração do órgão competente, se houver;
- l) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver;
- m) Exame de corpo de delito, quando houver;
- n) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito, e se o segurado for o condutor do veículo;
- o) No caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;
- p) Exames e laudos médicos que confirmem a invalidez permanente; e
- q) Relatório médico informando o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.

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

11.1. Caracterizada a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nesta condição especial, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir, observando o disposto no subitem 1.1.1 da Cláusula 1 – OBJETIVO DA COBERTURA desta condição especial:

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

Parcial (Diversas)	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia de Disco Lombar e Torácica	25
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia Inguinal ou Inguino-Escrotal	10
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
	Hérnia Umbilical	10
	Hérnia Epigástrica	10
Parcial (Membros Superiores)	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo	
Parcial (Membros Inferiores)	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, indenização equivalente a ½ (metade) e, dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15

	Encurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	06
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros	Sem Indenização
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
Diversas	MANDÍBULA	
	Maxilar Inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau máximo	15
	Em grau médio	10
	Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	07
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fistulas	25
	Unilateral com fistulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	07
	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio bilateral	07
	Ectrópio bilateral	06
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ectrópio unilateral	03
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Aparelho de Fonação	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	08
	PERDA DO BAÇO	
	APARELHO URINÁRIO	
	Incontinência urinária permanente	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Perda de rim único	
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Com função preservada	

APARELHO REPRODUTOR E GENITAL	
Amputação traumática do pênis	40
Perda do útero antes da menopausa	30
Perda de dois testículos	15
Perda de dois ovários	15
Perda do útero depois da menopausa	10
Perda de um testículo	05
Perda de um ovário	05
PESCOÇO	
Traqueostomia definitiva	40
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Recepção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
Com insuficiência respiratória	75
Com redução em grau médio da função respiratória	50
Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
Com função respiratória preservada	15
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia bilateral	20
Mastectomia unilateral	10
ABDOMEM (ÓRGÃO E VISCERAS)	
Gastrectomia Total	40
Gastrectomia subtotal	20
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	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
FIGADO	
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
SÍNDROMES NEUROLOGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

-
- 11.2. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
 - 11.3. As indenizações por Morte Acidental – MA ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA ou Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não se acumulam. Se, depois de pago capital segurado por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido, do valor do capital segurado a ser pago, o valor já indenizado.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL – AA-MA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado, mediante recebimento do prêmio correspondente pela seguradora, aos beneficiários do seguro, para auxiliar nos gastos com alimentação, em caso de falecimento do segurado, **decorrente direta e exclusivamente de acidente pessoal coberto**, ocorrido durante a vigência do seguro, **observadas as disposições contratuais**.

- 1.2. A forma e a periodicidade do pagamento desta cobertura serão determinadas na apólice e/ou certificado individual e/ou no contrato de seguro, respeitado o limite do capital segurado contratado para esta cobertura, e poderá ser:
 - a) A entrega de cestas básicas, de acordo com o definido no certificado individual e/ou na apólice;
 - b) Pagamento em dinheiro; ou
 - c) Entrega de crédito em cartão magnético.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, os eventos descritos nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais.

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Considera-se como data de evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que der causa ao falecimento do segurado.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:
 - a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura;
 - b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. A indicação de **um único beneficiário** deverá ser realizada na proposta de adesão, **exclusivamente**, para essa cobertura.
- 8.2. Na hipótese de não haver indicação de beneficiário para esta cobertura, o pagamento do capital segurado obedecerá ao seguinte critério:
 - 8.2.1. Cônjugue ou companheiro(a);
 - 8.2.2. Na falta do cônjuge ou companheiro(a), **exclusivamente** ao filho mais novo;
 - 8.2.3. Na falta dos anteriores, o pagamento seguirá a ordem de vocação hereditária prevista no Código Civil, privilegiando, nesse caso, a pessoa mais idosa, observado que na classe dos ascendentes e colaterais grau mais próximo exclui o mais remoto.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.
- 9.2. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
 - a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) beneficiário(s);
 - b) Relatório Médico assinado pelo médico assistente contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do segurado;
 - c) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
 - d) Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada, emitida após o óbito (com averbação do óbito), ou de comprovação da união estável por ocasião do sinistro;
 - e) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado;
 - f) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - g) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s);
 - h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO;
 - i) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se houver;
 - j) Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho, se houver;
 - k) Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
 - l) Laudo toxicológico e de dosagem alcoólica, caso não tenha sido realizado apresentar declaração do órgão competente, se houver;
 - m) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE – DIH-A

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, garante ao próprio segurado, o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar, em decorrência de 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**.
- 1.2. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH-AD e a cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH-AD-UTI.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos em consequência direta ou indireta de 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”.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão estabelecidos na apólice e/ou contrato de seguro e/ou certificado individual, respeitadas 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.
- 4.2.** 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.
- 4.3.** 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 10 – FRANQUIA desta condição especial, até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais.
- 4.4.** É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 4.5.** O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** 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.
- 5.2.** Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 5.3.** 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.
 - 5.3.1.** Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido na Cláusula 4 – CAPITAIS SEGURADOS desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

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

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 7.1.** Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1.** Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, 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.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1. O beneficiário será o próprio segurado.

10. FRANQUIA

10.1. O período de franquia para esta cobertura é de, até, 15 (quinze) dias e será contado a partir do horário inicial de internação hospitalar, deverá ser indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro.

11. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

11.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.

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

- a) Relatório ou laudo preenchido, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima em decorrência do 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) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- c) Todos os exames realizados;
- d) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- e) 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;
- f) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
- g) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH-AD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, garante ao próprio segurado, o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar, 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**.
- 1.2. **Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A e a cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH-A-UTI.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos em consequência direta ou indireta de 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”.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. 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.
- 4.2.** 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.
- 4.3.** 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 10 – FRANQUIA desta condição especial, até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais.
- 4.4.** É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 4.5.** O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** 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.
- 5.2.** Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 5.3.** 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.
 - 5.3.1.** Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido na Cláusula 4 – CAPITAIS SEGURADOS desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

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

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 7.1.** Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1.** Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, 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.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1. O beneficiário será o próprio segurado.

10. FRANQUIA

10.1. O período de franquia para esta cobertura é de, até, 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.

11. CARÊNCIA

11.1. 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.

12. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

12.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.

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

- a) Relatório ou laudo preenchido, carimbado e assinado pelo médico que prestou o 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) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- c) Todos os exames realizados;
- d) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- e) 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;
- f) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1.** Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento do prêmio adicional, garante ao próprio segurado, o pagamento complementar da indenização, para atingir 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto, durante a vigência do seguro, respeitadas as condições contratuais, para os membros ou órgãos descritos a seguir:
 - a) Perda total do uso de um dos dedos indicadores;
 - b) Perda total do uso de um dos polegares;
 - c) Perda total da visão de um olho; e
 - d) Perda total do uso de uma das mãos.
- 1.2.** No caso de lesões múltiplas previstas ou não nesta cláusula, a indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado da cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.
 - 1.2.1.** O segurado se obriga, em caso de acidente coberto por estas apólices, e sob pena de perder o direito a qualquer indenização, a submeter-se a exame médico por profissional indicado pela seguradora, desde que tal medida seja considerada necessária pela seguradora.
- 1.3.** Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.
- 1.4.** Esta cobertura somente poderá ser contratada para os seguintes profissionais: médicos, dentistas, advogados, músicos, artistas plásticos, escritores, fisioterapeutas, arquitetos, desenhistas técnicos e comerciais, engenheiros. A comprovação do exercício da profissão deverá ser feita no momento da adesão ao seguro. No caso de não comprovação do exercício de tais profissões esta cobertura será considerada sem efeito, prevalecendo os porcentuais originais da TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, transcrita na Cláusula 11 da cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, destas condições especiais, para cálculo de indenização permanente parcial.
- 1.5.** Entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos (de acordo com o item 1.1 acima descrito), 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.
- 1.6.** O pagamento da indenização para essa cobertura estará condicionado à comprovação de Invalidez Permanente Parcial por Acidente do segurado, nos termos do item 1.1, quando da alta médica definitiva, contendo o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s), descritos em diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 1.7.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, calculadas conforme disposto nos itens anteriores, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de indenização prevista para a perda

total do referido membro ou órgão.

- 1.8. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata essa cobertura, devendo ser comprovada por declaração médica, respeitados os documentos solicitados na Cláusula 10 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS desta condição especial.
- 1.9. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 1.10. As indenizações por Morte Acidental – MA e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não se acumulam.
- 1.11. Esta cobertura não será extensiva aos segurados dependentes.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto;
 - b) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto;
 - c) Todo e qualquer dano e/ou sequela causados pela doença conhecida como Acidente Vascular Cerebral – AVC;
 - d) Os eventos ocorridos em consequência de qualquer perda, redução, impotência permanente total ou parcial de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados corresponderão ao complemento da indenização da cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA para atingir 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, observados o item 1.1 da Cláusula 1 – OBJETIVO DA COBERTURA, desta condição especial.

5. DATA DO EVENTO

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 –

CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional cessa:

- a) Com o pagamento integral do capital segurado dessa cobertura;
- b) Com o pagamento integral da cobertura básica de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA**, referente a lesões ocorridas em membros diversos dos descritos no item 1.1 da Cláusula 1 – **OBJETIVO DA COBERTURA** dessa cobertura;
- c) Quando for cancelada a cobertura básica de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA**;
- d) Quando for cancelada esta cobertura adicional.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. Considera-se como beneficiário desta cobertura adicional o próprio segurado.

9. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

9.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na **Cláusula 20 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO** das condições gerais.

9.2. Além disso, para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- b) Relatório Médico informando o diagnóstico, tratamento aplicado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
- c) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- d) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO;
- f) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se houver;
- g) Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho, se houver;
- h) Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
- i) Laudo toxicológico e de dosagem alcoólica, caso não tenha sido realizado apresentar declaração do órgão competente, se houver;
- j) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver;
- k) Exame de corpo de delito, quando houver;
- l) Cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- m) Cópia do Termo de Aposentadoria do INSS.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido, pela perda ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão especificado na Cláusula 10 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE, desta condição especial, **em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto**, durante a vigência do seguro, observadas as disposições contratuais.

1.1.1. Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total, em virtude de lesão física causada exclusivamente por 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.

1.1.2. O pagamento da indenização para essa cobertura estará condicionado à comprovação de Invalidez Permanente Total por Acidente do segurado, nos termos da Cláusula 10 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE, desta condição especial, quando da alta médica definitiva, contendo o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s), descritos em diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

1.2. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

1.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, calculadas conforme disposto nos itens anteriores, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

1.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata essa cobertura, devendo ser comprovada por declaração médica, respeitados os documentos solicitados na Cláusula 9 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS desta condição especial.

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto;

-
- b) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto;
 - c) Todo e qualquer dano e/ou sequela causados pela doença conhecida como Acidente Vascular Cerebral – AVC;
 - d) Os eventos ocorridos em consequência de qualquer perda, redução, impotência permanente total ou parcial de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1.** Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais.

5. DATA DO EVENTO

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 6.1.** Este seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 7.1.** Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional cessa:
 - a) Quando for cancelada esta cobertura adicional;
 - b) Com o pagamento do capital segurado dessa cobertura;
 - c) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1.** Considera-se como beneficiário desta cobertura adicional o próprio segurado.

9. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

- 9.1.** As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.
- 9.2.** Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
 - a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
 - b) Relatório Médico informando o diagnóstico, tratamento aplicado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
 - c) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - d) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
 - e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO;

-
- f) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se houver;
 - g) Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho, se houver;
 - h) Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
 - i) Laudo toxicológico e de dosagem alcoólica, caso não tenha sido realizado apresentar declaração do órgão competente, se houver;
 - j) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver;
 - k) Exame de corpo de delito, quando houver;
 - l) Cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
 - m) Cópia do Termo de Aposentadoria do INSS.

9.3. O pagamento do capital segurado será realizado sob parcela única.

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

10.1. Caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nesta condição especial, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir, observando o disposto no subitem 1.1.1 da Cláusula 1 – OBJETIVO DA COBERTURA desta condição especial:

Invalidez Permanente	Discriminação	Percentual (%) 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

10.2. Não haverá indenização nos casos de perda parcial ou redução de funções de membros e/ou órgãos, sem que haja caracterização de invalidez permanente e total por acidente pessoal, nos termos destas condições especiais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO-A

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, garante o **reembolso** ao segurado, até o limite do capital segurado contratado, no caso de acidente pessoal coberto, durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, efetuadas pelo segurado para seu tratamento médico, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, **observadas as disposições contratuais**.

1.1.1. A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e odontológicas incorridas, com base em critérios indicados por médicos, necessários para o restabelecimento do segurado, observados o limite máximo de indenização indicado no certificado individual.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) Aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) Cirurgias plásticas, tratamentos rejuvenescedores e/ou estéticos;
- d) Continuidade e o controle de tratamentos anteriores referentes a doenças e lesões preexistentes ou crônicas;
- e) Exames e/ou hospitalizações para *check up*;
- f) Extensão de receita, ou seja, atendimento para prescrição de medicamentos de uso contínuo em situações não caracterizadas como Emergência ou Urgência;
- g) Exame pré-natal e parto (natural ou cesariana, quando este não representar risco de morte ou sofrimento intenso);
- h) Compra e aluguel de cadeira de rodas e muletas;
- i) Atendimento ortodôntico de rotina;
- j) Despesas realizadas pelo segurado não prescritas por médico.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais.

5. DATA DO EVENTO

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. Este seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em todo o território nacional.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O limite de capital segurado relativo a cada uma das ocorrências indicadas nesta condição especial será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional cessa:

- a) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
- b) Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Morte.

9. BENEFICIÁRIOS

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

10. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

10.1. As regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

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

10.3. Para a análise e regulação de sinistro, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sendo todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
- b) Exames, relatórios e laudos médicos que confirmem o sinistro;
- c) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional de Estrangeiro, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do segurado. Na falta de RG e CPF, Cópia da Certidão de Nascimento;
- d) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- e) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver e Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho;
- g) Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
- h) Notas Fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As Notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas

Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título do primeiro risco através do DPVAT.

- 10.4.** 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.
- 10.5.** **As despesas efetuadas no exterior serão resarcidas com base no câmbio oficial de venda, da data do efetivo pagamento efetuado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela seguradora, quando da liquidação do sinistro.**
- 10.6.** Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. Não obstante, poderá a seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços, colocando-os à livre disposição do segurado.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – IFTTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, garante ao segurado o pagamento das diárias a que tiver direito, em caso de incapacidade total e temporária, se essa incapacidade, decorrer exclusivamente de acidente pessoal coberto, desde que respeitado o período de franquia, **observadas as disposições contratuais**.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. **Incapacidade 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.

3. ELEGIBILIDADE

3.1. Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos (que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados na Cláusula 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, desta condição especial e que se encontrem em plena atividade profissional e em condições normais de saúde, na data da respectiva contratação do seguro).

3.2. **Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento, para a mesma cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- b) Hospitalização para a realização de exames de rotina;
- c) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, procedimentos anticoncepcionais, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- d) Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de evento coberto;
- e) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais e reconstrução mamária em decorrência de retirada de câncer, desde que o diagnóstico da doença tenha ocorrido durante a vigência do seguro;

-
- f) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - g) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença, ou abrasão química e cirúrgica, e suas consequências;
 - h) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
 - i) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - j) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - k) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
 - l) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente;
 - m) Lesões Causadas por Esforços Repetitivos – LER e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT;
 - n) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – SIDA/AIDS;
 - o) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
 - p) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
 - q) Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro de conhecimento do segurado.

4.1.1. Não terão direito a 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.

5. CAPITAIS SEGURADOS

- 5.1.** Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais.
- 5.2.** A forma e a periodicidade do pagamento do capital segurado desta cobertura serão definidas na apólice, e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro.
- 5.3.** O capital segurado a ser indenizado corresponderá à quantidade de dias de afastamento multiplicado pelo valor da diária contratado. O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária, vezes o número de dias de afastamento, respeitando o período de franquia.
- 5.4.** Se o capital segurado contratado for superior à renda mensal informada pelo segurado na proposta de adesão, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada 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.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 6.1.** O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, observando o item 3.2 da Cláusula 3 – ELEGIBILIDADE desta condição especial e demais disposições das condições contratuais, sem cobrança de prêmio adicional.

7. DATA DO EVENTO

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

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 8.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em território nacional.

9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 9.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional cessa:

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

10. BENEFICIÁRIOS

- 10.1. O beneficiário será o próprio segurado.

11. FRANQUIA

- 11.1. O período de franquia para esta cobertura será de, até 15 (quinze) dias e estará indicado na apólice, e/ou no certificado individual, e/ou no contrato de seguro.

12. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTRO

- 12.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

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

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- b) Declaração médica, constando diagnóstico tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- c) Exames e laudos médicos que confirmem a ocorrência de evento coberto;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho;
- f) Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
- g) Laudo toxicológico e de dosagem alcoólica, caso não tenha sido realizado apresentar declaração do órgão competente;
- h) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- i) Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) – os três últimos anteriores ao afastamento;
- j) Comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
- k) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido

e assinado pelo segurado ou seu representante legal;

- I) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física, e do comprovante de residência do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- m) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE UTI – DIH-A-UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante pagamento de prêmio adicional, garante ao próprio segurado, o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar, em decorrência de 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**.
- 1.2. Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A.
- 1.3. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença UTI – DIH-AD-UTI.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos em consequência direta ou indireta de 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, convalescência, 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”.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1.** Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão estabelecidos na apólice e/ou contrato de seguro e/ou certificado individual, respeitadas 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.
- 4.2.** O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária contratada para a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A, vezes o número de dias de internação, respeitando o período de franquia.
- 4.3.** 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, na Unidade de Terapia Intensiva, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, após o período de franquia indicado na Cláusula 10 – FRANQUIA desta condição especial, até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais.
- 4.4.** É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 4.5.** O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** 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.
- 5.2.** Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 5.3.** 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.
 - 5.3.1.** Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido na Cláusula 4 – CAPITAIS SEGURADOS desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1.** Considera-se como data de evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do ingresso do segurado na UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 7.1.** Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

-
- 8.1.** Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional 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.

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1.** O beneficiário será o próprio segurado.

10. FRANQUIA

- 10.1.** O período de franquia para esta cobertura é de até, 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.

11. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

- 11.1.** As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.
- 11.2.** Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- a) Relatório ou laudo preenchido, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima em decorrência do 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) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
 - c) Todos os exames realizados;
 - d) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - e) 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;
 - f) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
 - g) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA UTI – DIH-AD-UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, garante ao próprio segurado, o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar, 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**.
- 1.2. Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH-AD.
- 1.3. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH-A-UTI.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos em consequência direta ou indireta de 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”.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1.** 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.
- 4.2.** O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária contratada para a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH-AD, vezes o número de dias de internação, respeitando o período de franquia.
- 4.3.** 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, na Unidade de Terapia Intensiva, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, após o período de franquia indicado na Cláusula 10 – FRANQUIA desta condição especial, até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais.
- 4.4.** É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 4.5.** O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** 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.
- 5.2.** Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 5.3.** 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.
 - 5.3.1.** Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido na Cláusula 4 – CAPITAIS SEGURADOS desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1.** Considera-se como data de evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do ingresso do segurado na UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 7.1.** Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 –

CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional 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.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1. O beneficiário será o próprio segurado.

10. FRANQUIA

10.1. O período de franquia para esta cobertura é de, até 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.

11. CARÊNCIA

11.1. 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.

12. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

12.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.

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

- a) Relatório ou laudo preenchido, carimbado e assinado pelo médico que prestou o 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) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- c) Todos os exames realizados;
- d) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- e) 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;
- f) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DECESSOS – DC (Auxílio Funeral)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, **garante a prestação de serviço ou reembolso dos gastos funerários**, em decorrência de morte do segurado, respeitado o limite do capital segurado contratado, decorrente de causas naturais ou acidentais, desde que a apólice esteja em vigor na data da ocorrência do evento, **observadas as disposições contratuais**.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. É a garantia da prestação de serviço ou do reembolso das despesas incorridas com o funeral, até o limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento do(s) segurado(s) designado(s) na proposta de adesão, desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.2. **Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com uma das coberturas básicas previstas nas condições gerais.**

3.3. Os serviços especificados a seguir poderão ser contratados nos padrões individual ou familiar:

- a) **Individual:** Fica coberto somente o segurado principal;
- b) **Familiar:** Ficam cobertos o segurado principal e seus dependentes cônjuge/companheiro(a) e/ou filho(a) ou enteado(a), até 21 (vinte e um) anos de idade ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho e/ou se estiver cursando ensino superior ou escola técnica de segundo grau, até 24 (vinte e quatro) anos de idade. **No plano familiar, esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.**

3.4. Os beneficiários do segurado falecido poderão optar expressamente pela prestação do serviço de funeral. Caso a opção seja pelo reembolso das despesas com o funeral, estes serão devidos ao beneficiário responsável pelo pagamento, limitados aos valores efetivamente dispendidos, comprovados mediante apresentação das notas fiscais originais, devendo ambas as alternativas obedecerem ao limite do capital segurado contratado.

3.5. **Caso o beneficiário opte pelo reembolso:**

- a) Será garantida a livre escolha do prestador de serviço;
- b) O reembolso das despesas com o funeral suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado, observados os valores efetivamente gastos.

3.6. **Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:**

- a) **Não caberá qualquer tipo de reembolso;**
- b) Quando optado pela prestação de serviço, o funeral será realizado por empresa terceirizada;
- c) **Valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado contratado;**
- d) Deverá ser utilizada a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, por meio da Central de Atendimento da seguradora. A ligação é gratuita e pode ser feita de qualquer lugar do Brasil. A seguradora enviará um representante que:
 - d.1) Em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:
 - i. Se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o

-
- encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
 - ii. Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas.
- d.2) Em caso de falecimento no município de moradia habitual no Brasil com sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:
- i. Se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município onde será feito o sepultamento. Neste caso, as despesas com traslado e respectiva 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 e posicionando-a a respeito das providências tomadas.
- d.3) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:
- i. Tomará todas as providências, conforme item 3.11 dessas condições especiais, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual, onde será prestado também o serviço de sepultamento, limitado ao valor do capital segurado.
- d.4) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:
- i. Preparará toda a documentação necessária para o traslado do corpo, para que o sepultamento em outro município seja providenciado pela família, que arcará com a diferença de valores, que ultrapassarem o capital segurado contratado.
- 3.7. Em caso de morte violenta, a família deverá acompanhar o representante da seguradora ao Instituto Médico Legal – IML para liberação do corpo.
- 3.8. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação no município de residência habitual do segurado, a seguradora avaliará o pedido de reembolso das despesas, observando o limite do valor do capital segurado contratado e dos valores das notas fiscais originais.
- 3.9. A rede especializada de prestadores de serviços credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela seguradora, mantida, sempre, a excelência da prestação de serviços objeto da presente cobertura.
- 3.10. Fica estabelecido que os serviços objeto da presente cobertura não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a seguradora ou seus prestadores de serviços intervenham para a realização do funeral.
- 3.11. Entende-se por “Despesas com Funeral” a cobertura das despesas com serviço de sepultamento ou cremação (quando permitida por lei e houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), de acordo com 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 do segurado);
- g) Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
- h) Taxa de aluguel de jazigo pelo período de 3 (três) anos e 1 (um) mês, contados da data do sepultamento (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município);
- i) Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
- j) Repatriamento (até o município de moradia habitual);
- k) Paramentos (essa);
- l) Mesa de condolências;
- m) Velas;
- n) Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- o) Véu; e
- p) Um enfeite e uma coroa.

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

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

3.14. No caso de cremação, o traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço, ocorrerá num raio máximo de 100 km (cem quilômetros), sendo garantido o posterior retorno das cinzas aos familiares.

3.15. No caso de sepultamento do corpo do segurado em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta, a localização do jazigo será feita de acordo com as disponibilidades locais.

3.16. Fica garantido o 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 realizada quando a distância for superior ao limite especificado na apólice individual, e/ou no certificado de seguro, e/ou contrato de seguro.
- 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).

3.17. 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – GLOSSÁRIO e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cobertura, ou superiores ao capital segurado contratado. Caso a opção seja pela prestação de serviços de decessos e tal serviço seja prestado, não serão reembolsadas quaisquer despesas realizadas;
- b) Despesas decorrentes da prestação de serviços de cremação em município diverso do município de moradia habitual do segurado;
- c) A prestação, pela rede especializada de prestadores de serviços credenciada, de qualquer outro tipo de serviço além do que estiver estabelecido nesta cobertura e no contrato de seguro;
- d) Quaisquer valores que configurem o reembolso das despesas com funeral, suportados pelos beneficiários, estipulantes e responsáveis, de forma particular e que excedam o capital segurado máximo contratado.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. 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.

5.2. 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.

6. DATA DO EVENTO

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

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

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

7.2. O âmbito territorial para os serviços de assistência de traslado é o globo terrestre até o município de moradia habitual no Brasil, sendo o serviço de sepultamento restrito ao território brasileiro e o de cremação restrito ao município de moradia habitual do segurado.

8. CARÊNCIA

8.1. Será aplicada uma carência de 30 (trinta) dias a contar da data de adesão ao seguro.

8.2. A carência aplicável a esta cobertura, será estabelecida na proposta de contratação, na proposta de adesão e no contrato, sendo o período, contado a partir da vigência individual do seguro e será respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice.

8.3. A seguradora poderá, a seu critério, reduzir ou substituir a carência por declaração pessoal de saúde e atividade ou exames médicos.

9. BENEFICIÁRIO

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

9.2. 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.

10. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

10.1. Esta cobertura começa a vigorar:

- a) Simultaneamente ao início de vigência da apólice, para todos os segurados que já tiverem manifestado seu interesse na adesão individual ao seguro e que tenham sido aceitos pela seguradora nos prazos indicados no subitem 9.2.1 da Cláusula 9 – ACEITAÇÃO DO SEGURO, das condições gerais, ou;
- b) Em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência da apólice.

11. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional extingue-se nas seguintes situações:

- a) Com o falecimento do segurado principal;
- b) Com o cancelamento desta cobertura adicional;
- c) Com a separação judicial ou de fato, o cônjuge/companheira perderá automaticamente o direito de utilização desta cobertura;
- d) Para os filhos maiores de 21 (vinte e um) anos;
- e) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

12.1. As regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, das condições gerais.

12.2. O beneficiário ou representante da família do segurado deverá comunicar imediatamente o sinistro à seguradora, por meio da central de atendimento ou outros meios disponibilizados pela seguradora.

12.3. Em caso de reembolso, para o processo de regulação do sinistro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) ser apresentados os documentos básicos relacionados abaixo:

- a) Cópia da Certidão de Óbito da pessoa que sofreu o sinistro;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física da pessoa que sofreu o sinistro;
- c) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral;
- d) Notas fiscais e recibos das despesas originais com o funeral.

12.4. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para efetuar reembolso dos gastos com serviço(s) funerário(s).

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

12.6. Caso proceda a recusa do sinistro após a prestação dos serviços funerários, a seguradora poderá requerer dos beneficiários desta cobertura o valor correspondente às despesas com o funeral do

segurado.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1.** Aplicam-se a esta cláusula as condições gerais previstas na apólice no que não conflitarem com as disposições específicas desta cobertura adicional.

CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE DEPENDENTE CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) – IADC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cláusula suplementar, se contratada mediante o pagamento de prêmio adicional, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado, em caso de ocorrência de um dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro, **observadas as disposições contratuais**.
- 1.2. Se contratada esta cláusula suplementar pelo estipulante, participarão do seguro, de forma automática, os dependentes cônjuge/companheiro(a) de todos os segurados.
- 1.3. As coberturas contratadas ao(s) dependente(s) cônjuge/companheiro(a), bem como o limite de capital segurado de cada uma delas, será definido nas condições contratuais.
 - 1.3.1. O cônjuge/companheiro poderá participar de todas as coberturas contratadas pelo segurado principal, exceto na cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA-M.
- 1.4. Equipara-se ao cônjuge, o(a) companheiro(a) do segurado.
- 1.5. Não terá direito à(s) cobertura(s) o cônjuge/companheiro(a) que já faça parte do grupo segurado como segurado principal na data do evento.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar, os eventos descritos na Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, bem como das condições especiais de cada uma das coberturas contratadas para os dependentes cônjuge/companheiro(a).

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cláusula suplementar, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais, e de cada uma das coberturas contratadas especificadas nas condições especiais aos dependentes cônjuge/companheiro(a).

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Para fins desta cláusula suplementar, considera-se como data do evento, a data estabelecida em cada uma das coberturas contratadas especificadas nas condições especiais ao(s) dependente(s) cônjuge/companheiro(a).

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

- 6.1. O âmbito geográfico estará definido na(s) condição(ões) especial(is) de cada cobertura contratada ao dependente cônjuge/companheiro(a).

7. TÉRMINO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

- 7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cláusula suplementar cessa:
- a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cláusula suplementar;
 - b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
 - c) Separação de fato ou separação judicial do segurado;
 - d) Com o cancelamento desta cláusula suplementar;
 - e) Com o término do seguro do segurado;
 - f) Com a solicitação por escrito do segurado;
 - g) Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta condição especial da cobertura suplementar;
 - h) Dissolução da união estável.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Para efeito desta cláusula suplementar, o beneficiário será:
- a) O próprio segurado para os eventos decorrentes do falecimento do cônjuge/companheiro(a); exceto para as coberturas que preveem o reembolso mediante apresentação de Notas Fiscais originais, que neste caso, o beneficiário será quem comprovar que efetuou os pagamentos dos referidos gastos;
 - b) O próprio cônjuge/companheiro(a) para os demais eventos cobertos.

9. CARÊNCIA

- 9.1. A carência nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao dependente cônjuge/companheiro(a).

10. FRANQUIA

- 10.1. A franquia nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao dependente cônjuge/companheiro(a).

11. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

- 11.1. Além dos documentos solicitados para regulação de sinistro em cada uma das coberturas contratadas ao dependente cônjuge/companheiro(a) do segurado, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- a) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do dependente cônjuge/companheiro(a). Na falta do comprovante, apresentar declaração particular assinada pelo(s) beneficiário(s), informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiro(s); Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - b) Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada;
 - c) Comprovação da união estável por ocasião do sinistro, mediante apresentação de documento comprovando recebimento de pensão por morte concedida pela Previdência Oficial e/ou declaração de dependência econômica no imposto de renda e/ou extrato de conta bancária conjunta e/ou declaração pública de união estável e/ou outros documentos que comprovem a união estável entre segurado e o sinistrado.

11.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente cobertura, bem como para pagamento do capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE DEPENDENTE CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) – IFDC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cláusula suplementar, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado, em caso de ocorrência de um dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro, **observadas as disposições contratuais**.
- 1.2. Se contratada esta cláusula suplementar pelo estipulante, participarão do seguro, de forma facultativa, o dependente cônjuge/companheiro(a), mediante solicitação na proposta de adesão de seu respectivo segurado.
- 1.3. As coberturas contratadas ao(s) dependente(s) cônjuge/companheiro(a), bem como o limite de capital segurado de cada uma delas, será definido nas condições contratuais.
 - 1.3.1. O cônjuge/companheiro poderá participar de todas as coberturas contratadas pelo segurado principal, exceto na cobertura adicional de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA-M**.
- 1.4. Equipara-se ao cônjuge, o(a) companheiro(a) do segurado.
- 1.5. Não terá direito à(s) cobertura(s) o cônjuge/companheiro(a) que já faça parte do grupo segurado como segurado na data do evento.
- 1.6. A indicação do cônjuge/companheiro(a), para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge/companheiro(a) não legalmente habilitado, não haverá direito à indenização, e os valores dos prêmio pagos para essa cláusula suplementar deverão ser devolvidos.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar, os eventos descritos na Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, e de cada uma das coberturas contratadas especificadas nas condições especiais aos dependentes cônjuge/companheiro(a).

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cláusula suplementar, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais, e de cada uma das condições especiais aos dependentes cônjuge/companheiro(a).

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Para fins desta cláusula suplementar, considera-se como data do evento, a data estabelecida em cada uma

das coberturas contratadas especificadas nas condições especiais ao dependente cônjuge/companheiro(a).

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

6.1. O âmbito geográfico está definido na(s) condição(ões) especial(is) de cada cobertura contratada ao dependente cônjuge/companheiro(a).

7. TÉRMINO DA CLAÚSULA SUPLEMENTAR

7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cláusula suplementar cessa:

- a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cláusula suplementar;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
- c) Separação de fato ou separação judicial do segurado;
- d) Com o cancelamento desta cláusula suplementar;
- e) Com o término do seguro do segurado;
- f) A pedido por escrito do segurado;
- g) Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta condição especial da cobertura suplementar;
- h) Dissolução da união estável.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. Para efeito desta cláusula suplementar, o beneficiário será:

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

9. CARÊNCIA

9.1. A carência nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao dependente cônjuge/companheiro(a).

10. FRANQUIA

10.1. A franquia nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao dependente cônjuge/companheiro(a).

11. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

11.1. Além dos documentos solicitados para regulação de sinistro de cada uma das coberturas contratadas ao dependente cônjuge/companheiro(a) do segurado, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do dependente cônjuge/companheiro(a). Na falta do comprovante, apresentar declaração particular assinada pelo(s) beneficiário(s), informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiro(s); Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- b) Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada;

-
- c) Comprovação da união estável por ocasião do sinistro, mediante apresentação de documento comprovando recebimento de pensão por morte concedida pela Previdência Oficial e/ou declaração de dependência econômica no imposto de renda e/ou extrato de conta bancária conjunta e/ou declaração pública de união estável e/ou outros documentos que comprovem a união estável entre segurado e o sinistrado.
- 11.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente cobertura, bem como para pagamento do capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.**

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE DEPENDENTE FILHO(A) – IADF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cláusula suplementar, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado contratado, ao(s) beneficiário(s), em caso de ocorrência de um dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro, **observadas as disposições contratuais**.
- 1.2. Especificamente para essa cobertura, considera-se como filho(s):
 - 1.2.1. Aquele(s) que é(são) dependente(s) econômico(s) do segurado, 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.
- 1.3. Se contratada esta cláusula suplementar pelo estipulante, participarão do seguro, de forma automática, o(s) dependente(s) filho(a) de todos os segurados.
- 1.4. As coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(a), bem como o limite de capital segurado de cada uma delas, será definido nas condições contratuais.
 - 1.4.1. O filho dependente poderá participar de todas as coberturas contratadas pelo segurado principal, exceto na cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA-M.
- 1.5. Não terá direito à(s) cobertura(s) o(a) filho(a) que já faça parte do grupo segurado como segurado na data do evento.
- 1.6. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a presente cláusula suplementar destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:
 - a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o translado, até o limite do capital segurado da presente cobertura contratada;
 - b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.
- 1.7. Cada filho(a) estará incluído (e consequentemente coberto) apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado o filho dependente do cônjuge segurado que tiver maior capital segurado.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIOS das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar, os eventos descritos na Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais e nas condições especiais de cada uma das coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(s).

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cláusula suplementar, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais e nas condições especiais de cada uma das coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(s).

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para fins desta cláusula suplementar, considera-se como data do evento, a data estabelecida em cada uma das coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(s).

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

6.1. O âmbito geográfico está definido na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao(s) dependente(s) filho(s).

7. TÉRMINO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cláusula suplementar cessa:

- a) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
- b) Com o cancelamento desta condição especial;
- c) Com o término do seguro do segurado;
- d) A pedido por escrito do segurado;
- e) Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta condição especial da cobertura suplementar.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. Para efeito desta cláusula suplementar, o beneficiário será:

- a) O próprio segurado 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 serviços; ou
- c) O(A) próprio(a) filho(a) para os demais eventos cobertos.

9. CARÊNCIA

9.1. A carência nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao(s) dependente(s) filho(s).

10. FRANQUIA

10.1. A franquia nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao(s) dependente(s) filho(s).

11. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

11.1. Além dos documentos solicitados para regulação de sinistro de cada uma das coberturas contratada ao dependente filho do segurado, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

-
- a) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do dependente filho. Na falta do comprovante, apresentar declaração particular assinada pelo(s) beneficiário(s), informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiro(s). Na falta de RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física, a Certidão de Nascimento.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE DEPENDENTE FILHO(A) – IFDF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cláusula suplementar, se contratada, mediante pagamento do prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado contratado, ao(s) beneficiário(s), em caso de ocorrência de um dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro, **observadas as disposições contratuais**.
- 1.2. Especificamente para essa cobertura, considera-se como filho(s):
 - 1.2.1. Aquele(s) que é(são) dependente(s) econômico(s) do segurado, 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.
- 1.3. Se contratada esta cláusula suplementar pelo estipulante, participarão do seguro, de forma facultativa, o(s) dependente(s) filho(a), mediante solicitação na proposta de adesão de seu respectivo segurado.
- 1.4. As coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(a), bem como o limite de capital segurado de cada uma delas, será definido nas condições contratuais.
 - 1.4.1. O filho dependente poderá participar de todas as coberturas contratadas pelo segurado principal, exceto na cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA-M.
- 1.5. Não terá direito à(s) cobertura(s) o(a) filho(a) que já faça parte do grupo segurado como segurado na data do evento.
- 1.6. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a presente cláusula suplementar 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 da presente cobertura contratada;
 - b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.
- 1.7. Cada filho(a) estará incluído (e consequentemente coberto) apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado o filho dependente do segurado que tiver maior capital segurado.
- 1.8. A indicação do(a) filho(a) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de filho(a) fora da definição de filho constante no item 1.2, ou, ainda, caso o(a) filho(a) incluso(a) já faça parte do grupo segurado como segurado, não haverá direito à indenização, e os valores dos prêmios pagos para essa cláusula suplementar deverão ser devolvidos.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições

gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar, os eventos descritos na Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais e nas condições especiais de cada uma das coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(s).**

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cláusula suplementar, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais e nas condições especiais de cada uma das coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(s).**

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Para fins desta cláusula suplementar, considera-se como data do evento, a data estabelecida em cada uma das coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(s).**

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

- 6.1. O âmbito geográfico está definido na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao(s) dependente(s) filho(s).**

7. TÉRMINO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

- 7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cláusula suplementar cessa:**

- a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cláusula suplementar;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
- c) Com o cancelamento desta condição especial;
- d) Com o término do seguro do segurado;
- e) A pedido do segurado;
- f) Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta condição especial da cobertura suplementar.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Para efeito desta cláusula suplementar, o beneficiário será:**

- a) O próprio segurado 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 serviços; ou
- c) O(A) próprio(a) filho(a) para os demais eventos cobertos.

9. CARÊNCIA

- 9.1. A carência nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao(s) dependente(s) filho(s).**

10. FRANQUIA

-
- 10.1.** A franquia nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao(s) dependente(s) filho(s).

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 11.1.** Além dos documentos solicitados para regulação de sinistro de cada uma das coberturas contratadas ao dependente filho do segurado, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- a) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do dependente filho. Na falta do comprovante, apresentar declaração particular assinada pelo(s) beneficiário(s), informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiro(s). Na falta de RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física, a Certidão de Nascimento.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. A apuração do excedente técnico da apólice, se contratada, será realizada de forma anual, pagando lucro para o próximo período de apuração.
2. A apuração do excedente técnico será efetuada de acordo com a seguinte Cláusula Suplementar:

2.1. Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se Receitas:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de apuração e efetivamente pagos, líquidos de IOF;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos, inclusive aqueles decorrentes de decisão judicial em que não houve condenação no pagamento ou a condenação foi apenas parcial;
- c) Saldo da Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados – IBNR do período anterior (*);
- d) Recuperação de Sinistros do Ressegurador.

(*) Como saldo da Provisão de IBNR do período anterior, entende-se o valor debitado a este título, no período anterior ou da atual apuração.

2.2. Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se Despesas:

- a) Comissões de Corretagem pagas durante o período de apuração;
- b) Comissões de Pró-labore pagas durante o período de apuração;
- c) Comissões de Agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d) Prêmios de resseguro efetivamente pagos;
- e) Custos de IOF, COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros;
- f) Valor total dos sinistros ocorridos no período, compreendendo os sinistros avisados, seja na esfera administrativa ou judicial, e também os judiciais transitados em julgado (pagos), ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o final do período de apuração;
- g) A Provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados – “IBNR”, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais, apurado conforme as normas técnicas, correspondente aos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e ainda não avisados por ocasião do vencimento da mesma.
- h) Os saldos negativos dos períodos anteriores ainda não compensados;
- i) As despesas efetivas de administração da seguradora de acordo com o estabelecido nas condições contratuais, no período de apuração;
- j) Outras despesas extraordinárias, desde que previamente ajustadas entre as Partes.

2.3. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b) O aviso à seguradora, para sinistros;
- c) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração; e
- e) Outras datas estabelecidas na cláusula de excedente técnico.

2.4. O resultado da apuração será obtido pela subtração de todas as Despesas das Receitas, nos termos dos itens 2.1 e 2.2 dessa condição especial.

3. Só haverá distribuição de resultados se o resultado líquido da apólice superar uma determinada margem a ser estabelecida no contrato de seguro e/ou apólice.
4. Descontada a margem estabelecida no item 3 dessa condição especial, o percentual do resultado da apuração a ser distribuído será definido no contrato do seguro e/ou apólice.

-
- 5. Caso o resultado apurado seja negativo, ele será considerado e compensado na próxima apuração, até o término de vigência da apólice.
 - 6. A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente pela aplicação da variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, acumulado nos últimos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores à data da distribuição do resultado indicada no item 7 abaixo.
 - 6.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de INPC/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
 - 7. A distribuição de excedente técnico, se houver, deve ser realizada após o término do prazo previsto no contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
 - 7.1. Nos seguros parcialmente ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida na cláusula de excedente técnico.
 - 8. 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.