

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

Condições Gerais e Especiais

Versão 1.0

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº <nº Processo SUSEP>

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	7
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	7
2. DEFINIÇÕES.....	7
3. COBERTURAS DO SEGURO	11
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	13
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	17
6. CARÊNCIA.....	17
7. FRANQUIA.....	17
8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO CONTRATO COLETIVO.....	17
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO.....	19
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	20
11. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	20
12. BENEFICIÁRIOS	21
13. CAPITAL SEGURADO	21
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	22
15. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO	23
16. CUSTEIO DO SEGURO.....	23
17. FATURAMENTO E COBRANÇA DO PRÊMIO	23
18. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA	24
19. CANCELAMENTO DA APÓLICE	26
20. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	27
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	27
22. PERDA DE DIREITOS	30
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE	31
24. ALTERAÇÕES DA APÓLICE	32
25. REGIME FINANCEIRO	32
26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA	32
27. PRESCRIÇÃO.....	32
28. FORO	32
29. DISPOSIÇÕES GERAIS	32
CONDIÇÕES ESPECIAIS	34
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M	34
1. OBJETIVO DA COBERTURA	34
2. RISCOS EXCLUÍDOS	34
3. CAPITAL SEGURADO	34
4. DATA DO EVENTO	34
5. CARÊNCIA.....	34
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	35
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	35
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	35
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	36
COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA.....	37
1. OBJETIVO DA COBERTURA	37
2. RISCOS EXCLUÍDOS	37
3. CAPITAL SEGURADO	37

4. DATA DO EVENTO	37
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	37
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	38
7. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS.....	38
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	38
 COBERTURA ADICIONAL DE DECESSOS – DE	 39
1. OBJETIVO DA COBERTURA	39
2. DEFINIÇÕES.....	39
3. RISCOS COBERTOS	39
4. RISCOS EXCLUÍDOS	42
5. CAPITAL SEGURADO	42
6. DATA DO EVENTO	43
7. CARÊNCIA.....	43
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	43
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	43
10. BENEFICIÁRIO.....	43
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	44
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	45
 COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ.....	 46
1. OBJETIVO DA COBERTURA	46
2. RISCOS COBERTOS	46
3. RISCOS EXCLUÍDOS	46
4. CAPITAL SEGURADO	46
5. DATA DO EVENTO	47
6. CARÊNCIA.....	47
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	47
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	47
9. BENEFICIÁRIO.....	47
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	47
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	49
 COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL OU TOTAL POR ACIDENTE – IPA.....	 50
1. OBJETIVO DA COBERTURA	50
2. DEFINIÇÕES.....	50
3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE	50
4. RISCOS EXCLUÍDOS	51
5. CAPITAL SEGURADO	52
6. DATA DO EVENTO	52
7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	52
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	52
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	52
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	53
11. TABELA PARA O CÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO A SER PAGO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL OU TOTAL POR ACIDENTE	53
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	57

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA	58
1. OBJETIVO DA COBERTURA	58
2. DEFINIÇÕES.....	58
3. RISCOS COBERTOS	58
4. RISCOS EXCLUÍDOS	59
5. CAPITAL SEGURADO	60
6. DATA DO EVENTO	60
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	61
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	61
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	61
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	62
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD-A	63
1. OBJETIVO DA COBERTURA	63
2. DEFINIÇÕES.....	63
3. RISCOS COBERTOS	65
4. RISCOS EXCLUÍDOS	66
5. CAPITAL SEGURADO	67
6. DATA DO EVENTO	67
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	67
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	67
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	68
10. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA	69
11. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	69
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	69
ANEXO I À COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD-A	70
COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS EM CASO DE MORTE – VRM.....	72
1. OBJETIVO DA COBERTURA	72
2. DEFINIÇÕES.....	72
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	72
4. CAPITAL SEGURADO	72
5. DATA DO EVENTO	73
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	73
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	73
8. BENEFICIÁRIO.....	73
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	73
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	74
COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS POR MORTE ACIDENTAL – VRMA.....	75
1. OBJETIVO DA COBERTURA	75
2. DEFINIÇÕES.....	75
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	75
4. CAPITAL SEGURADO	75
5. DATA DO EVENTO	76
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	76
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	76

8. BENEFICIÁRIO.....	76
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	76
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	77
COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO – FASE TERMINAL – FT	78
1. OBJETIVO DA COBERTURA	78
2. DEFINIÇÕES.....	78
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	78
4. CAPITAL SEGURADO	78
5. DATA DO EVENTO	78
6. CARÊNCIA.....	79
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	79
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	79
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	79
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	80
COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE – AA	81
1. OBJETIVO DA COBERTURA	81
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	81
3. CAPITAL SEGURADO	81
4. DATA DO EVENTO	81
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	81
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	81
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	82
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	83
COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL – AAMA	84
1. OBJETIVO DA COBERTURA	84
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	84
3. CAPITAL SEGURADO	84
4. DATA DO EVENTO	84
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	84
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	84
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	85
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	85
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO-A.....	86
1. OBJETIVO DA COBERTURA	86
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	86
3. CAPITAL SEGURADO	86
4. DATA DO EVENTO	86
5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	86
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	87
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	87
8. BENEFICIÁRIO.....	87
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	87
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	88

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE – DD	89
1. OBJETIVO DA COBERTURA	89
2. RISCOS EXCLUÍDOS	89
3. CAPITAL SEGURADO	89
4. DATA DO EVENTO	89
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	89
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	89
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	90
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	91
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL – DDMA	92
1. OBJETIVO DA COBERTURA	92
2. RISCOS EXCLUÍDOS	92
3. CAPITAL SEGURADO	92
4. DATA DO EVENTO	92
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	92
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	92
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	93
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	94
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – DDIPTA	95
1. OBJETIVO DA COBERTURA	95
2. RISCOS EXCLUÍDOS	95
3. CAPITAL SEGURADO	95
4. DATA DO EVENTO	95
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	95
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	95
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	96
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	96
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE – IAC	97
1. OBJETIVO DA COBERTURA	97
2. RISCOS EXCLUÍDOS	97
3. CAPITAL SEGURADO	97
4. DATA DO EVENTO	98
5. CARÊNCIA	98
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	98
7. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)	98
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)	98
9. BENEFICIÁRIO	98
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	99
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	99
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF	100
1. OBJETIVO DA COBERTURA	100
2. RISCOS EXCLUÍDOS	100
3. CAPITAL SEGURADO	101
4. DATA DO EVENTO	101

5. CARÊNCIA.....	101
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	101
7. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S).....	101
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S).....	101
9. BENEFICIÁRIO.....	102
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	102
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	102
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS – DCF	103
1. OBJETIVO DA COBERTURA	103
2. DEFINIÇÕES.....	103
3. RISCOS COBERTOS	103
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	103
5. CAPITAL SEGURADO	104
6. DATA DO EVENTO	104
7. CARÊNCIA.....	104
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	104
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S).....	104
10. BENEFICIÁRIO.....	104
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	105
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	105

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do prêmio pela Seguradora, o pagamento de capital segurado ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), conforme o caso, respeitada as condições contratuais em vigor na data da ocorrência do evento coberto, as coberturas contratadas e os limites de capitais segurados contratados, **observados os riscos expressamente excluídos, as hipóteses de perda do direito ao e as demais disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, 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 da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.2. Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

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

2.3. **Agravação do Risco:** circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela seguradora.

-
- 2.4. Apólice:** documento emitido pela seguradora por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante ou subestipulante (se houver), nos planos coletivos.
- 2.5. Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro que o segurado é obrigado a fazer à seguradora assim que dele tenha conhecimento.
- 2.6. Beneficiário:** pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber o valor do capital segurado, na hipótese de ocorrência de evento coberto.
- 2.7. CAGED:** Cadastro Geral de Empregados e Desempregados. É um registro administrativo do Ministério do Trabalho e Previdência Social que mede a quantidade de admissões e demissões de funcionários em regime CLT – Consolidação das Leis do Trabalho.
- 2.8. Capital Segurado Global:** é o valor de capital segurado total determinado pelo estipulante no início da vigência do seguro e constante da proposta de contratação e do contrato, expresso em moeda corrente nacional, para garantir os valores das coberturas contratadas para todo o grupo segurado, respeitados os limites máximos e mínimos de cada cobertura estabelecidos pela seguradora na contratação. Para este seguro, pode haver valores diferenciados de capital segurado global conforme categorias do grupo segurado e conforme expresso da proposta de contratação.
- 2.9. Capital Segurado Individual:** resultado da divisão do capital segurado global em partes iguais ou proporcionais, de acordo com opção contratada, entre todos os segurados pertencentes a uma categoria, vigente na data de ocorrência do sinistro, sendo este o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora em caso de pagamento de indenização.
- 2.9.1. O seguro de pessoas com capital global é uma modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada segurado sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.
- 2.10. Carência:** período de tempo, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual o segurado e/ou beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) capital(is) segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de evento coberto/sinistro. Período durante o qual, em caso de sinistro, a seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o segurado.
- 2.11. Cobertura:** obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, descritas nas condições contratuais, observados os riscos excluídos e as hipóteses de perda do direito às coberturas.
- 2.12. Coberturas de Risco:** coberturas do seguro de pessoas conferida pelo contrato de seguro a evento incerto que independe da vontade das partes contratantes, cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
- 2.13. Comoriência:** é a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.14. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, do regulamento, das condições gerais, das condições especiais e da apólice.

-
- 2.15. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de Cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as condições gerais.
- 2.16. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante e/ou subestipulante (se houver).
- 2.17. Conjulação:** é a contratação de mais de uma cobertura securitária constante no presente instrumento.
- 2.18. Cônjuge/Companheiro(a):** é a pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como companheiro(a) é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente.
- 2.19. Contrato de Seguro:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e/ou subestipulante (se houver) e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante e/ou do subestipulante (se houver), da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.20. Corretor de Seguros:** é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguros entre seguradora e as pessoas físicas ou jurídicas, O corretor de seguros responde civilmente perante os estipulantes e/ou subestipulantes (se houver), segurados e seguradoras, pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência, no exercício da profissão.
- 2.21. Culpa Grave:** termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo. Sendo motivo para a perda do direito por parte do segurado.
- 2.22. Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à data da contratação do seguro, de seu prévio conhecimento, não declarada na proposta e/ou declaração pessoal de saúde e/ou atividade, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou da existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.
- 2.23. Dolo:** é toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa, com a intenção de induzir outrem à prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando ao prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro. É a intenção de cometer ato ilícito.
- 2.24. Endosso:** documento, emitido pela seguradora, durante a vigência do seguro, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o estipulante e/ou subestipulante.
- 2.25. eSocial:** Sistema de Escrituração Fiscal Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas. Sistema único contendo as informações relativas aos trabalhadores, como vínculos, contribuições previdenciárias, folha de pagamento, comunicações de acidente de trabalho, aviso prévio, escriturações fiscais e informações sobre o FGTS.

-
- 2.26. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano de seguro coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.
- 2.27. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a vigência do seguro, passível de ser indenizado pela seguradora em favor do segurado ou beneficiário(s) enquadrado nas coberturas previstas na apólice.
- 2.28. Filho(s):** aquele(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, desde que observadas as condições indicadas abaixo:
a) Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
b) Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
c) Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.
- 2.29. Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura contratada.
- 2.30. GFIP:** Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social. É a guia que contém as informações de vínculos empregatícios e remunerações, geradas pelo aplicativo SEFIP – Sistema Empresa de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social.
- 2.31. Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.32. Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante e/ou subestipulante (se houver), que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.33. Indenização:** valor máximo a ser pago pela seguradora na ocorrência do evento coberto, limitado ao valor do capital segurado individual da cobertura contratada.
- 2.34. Médico/Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado. A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.
- 2.35. Período de Cobertura:** prazo de duração durante o qual o segurado ou o(s) beneficiário(s), quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de ocorrência de evento coberto.
- 2.36. Prazo de Tolerância:** intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o seguro inadimplente fará jus à cobertura.
- 2.37. Prêmio:** valor a ser pago pelo estipulante e/ou subestipulante à seguradora correspondente a cada uma das coberturas contratadas, destinado ao custeio do seguro.
- 2.38. Premoriência:** morte de uma pessoa ocorrida anteriormente à de uma outra pessoa, que lhe sobrevive.
- 2.39. Proponente:** interessado em contratar a(s) cobertura(s) do seguro, ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

-
- 2.40. Proposta de Contratação:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura(s) e manifesta pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.41. *Pro Rata Temporis:*** o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias de vigência do contrato.
- 2.42. Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou ao estipulante ou ao subestipulante.
- 2.43. Regulação de Sinistro:** conjunto dos procedimentos realizados pela seguradora na ocorrência de um sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos com vistas à caracterização do risco ocorrido e sem enquadramento no seguro.
- 2.44. Relatório Médico:** documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.45. Reintegração do Capital Segurado:** é o restabelecimento do capital segurado após o pagamento de uma indenização, desde que não se trate de cobertura que preveja o cancelamento da apólice.
- 2.46. Riscos Excluídos:** eventos indicados nas condições contratuais do seguro como riscos não cobertos.
- 2.47. Segurado:** é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.48. Segurado Principal:** é o segurado que possui vínculo com o estipulante e/ou subestipulante, se houver.
- 2.49. Segurado Dependente:** é o cônjuge ou companheiro(a), filhos e/ou enteados do segurado principal, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja segurado principal na referida apólice.
- 2.50. Seguradora:** é a empresa legalmente autorizada para comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de prêmio, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.
- 2.51. Sinistro:** é a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.52. Subestipulante:** pessoa física ou jurídica que, em razão do vínculo direto ou indireto com o estipulante, contrata o seguro em favor do grupo segurado a que se vincule e os representa perante a seguradora.
- 2.53. Vigência do Seguro:** período fixado para validade do contrato de seguro.
- 2.54. Vigência da Cobertura Individual:** período de tempo fixado na apólice do seguro em que o segurado permanece garantido pelo seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à seguradora.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1.** É facultado ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) a escolha das coberturas do seguro, aplicáveis a todo o grupo segurado respeitando as regras de conjugação dos planos indicados nesta cláusula. **O conjunto**

das coberturas contratadas deverá ser identificado na proposta de contratação, sendo obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das coberturas básicas relacionadas abaixo:

3.1.1. Coberturas Básicas

- Morte – M
- Morte Acidental – MA

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

3.1.2. Coberturas Adicionais

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

3.1.3. Coberturas Suplementares

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

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

- 3.2. A cobertura adicional de Aquisição de Jazigo – AJ somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Decessos – DE.
- 3.3. A cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD-A somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte – M.
- 3.4. As coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA e Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não podem ser contratadas em conjunto.
- 3.5. As coberturas adicionais de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD-A e Antecipação de Capital Segurado – Fase Terminal – FT não podem ser contratadas em conjunto.
- 3.6. As coberturas adicionais de Verbas Rescisórias em caso de Morte – VRM e Verbas Rescisórias em caso de Morte Acidental – VRMA não podem ser contratadas em conjunto.

-
- 3.7. As coberturas adicionais de Auxílio Alimentação por Morte – AA e Auxílio Alimentação por Morte Acidental – AAMA não podem ser contratadas em conjunto.
 - 3.8. As coberturas adicionais de Despesas Diversas por Morte – DD e Despesas Diversas por Morte Acidental – DDMA não podem ser contratadas em conjunto.
 - 3.9. A cobertura adicional de Despesas Diversas por Invalidade Permanente Total por Acidente – DDIPTA somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidade Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA ou Invalidade Permanente Total por Acidente – IPTA.
 - 3.10. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuges – IAC possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o segurado principal Morte – M, Morte Acidental – MA, Decessos – DE, Aquisição de Jazigo – AJ, Invalidade Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA e Invalidade Permanente Total por Acidente – IPTA e Invalidade Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD-A.
 - 3.11. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o segurado principal: Morte – M, Morte Acidental – MA, Decessos – DE, Aquisição de Jazigo – AJ e Doença Congênita de Filhos – DCF.
 - 3.12. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF fica condicionada à contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjugue – IAC.
 - 3.13. A cobertura adicional de Doença Congênita de Filhos – DCF fica condicionada à contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF.
 - 3.14. Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou de dependente.
 - 3.15. As coberturas previstas nestas condições gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na apólice.
 - 3.16. A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital(is) segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESTE SEGURO, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:
 - A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR, PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
 - B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, ATOS TERRORISTAS OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, CABENDO À

- SEGURADORA COMPROVÁ-LOS COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUSTÂNCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATO ATENTATÓRIO A ORDEM PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE. EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA OCORRIDO PELA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, PRÁTICA DE ESPORTE OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
- C) DE DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR PRESCRITOS POR MÉDICOS CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADOS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E/OU APÓLICE;
 - D) DE DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSONS OU CULPA GRAVE PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S), OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSONS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS, CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, BENEFICIÁRIOS E/OU PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES DO ESTIPULANTE OU SUBESTIPULANTES, SE HOUVER;
 - E) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, DAS SOLICITAÇÕES DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;
 - F) DE EPIDEMIAS, E PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
 - G) DE INUNDAÇÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, CICLONE, MAREMOTO, MOVIMENTO SÍSMICO OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL E QUALQUER OUTRO FENÔMENO ATMOSFÉRICO, METEOROLÓGICO, SÍSMICO OU GEOLÓGICO DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO;
 - H) DE INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO (MÉDICO);
 - I) EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;
 - J) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTES, DE LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE;
 - K) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA NÃO UTILIZAÇÃO, PELO SEGURADO, DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI;
 - L) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA AUSÊNCIA DE HABILITAÇÃO DO SEGURADO PARA CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR;
 - M) DE PRÁTICA DE ATOS RECONHECIDAMENTE PERIGOSOS QUE NÃO SEJAM MOTIVADOS POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETUANDO-SE OS CASOS QUE PROVIEREM DA UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADOS, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;

N) ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO.

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

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

- A) AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS;
- B) A DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC (EXCETO SE CONTRATADA A COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA);
- C) AS DOENÇAS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
- D) DE ACIDENTES OCORRIDOS EM DATA ANTERIOR À CONTRATAÇÃO DO SEGURO;
- E) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
- F) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;
- G) ACIDENTE QUANDO O SEGURADO ESTIVER CONDUZINDO VEÍCULO AUTOMOTOR, AERONAVE OU EQUIPAMENTO SEM A DEVIDA APTIDÃO, HABILIDADE OU HABILITAÇÃO ESPECÍFICA E TENHA DADO CAUSA AO EVENTO;
- H) AS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM OS MESMOS, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, DOENÇAS OSTEO-MUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO – LTC, OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO;
- I) AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMELHADAS, COMO "INVALIDEZ ACIDENTÁRIA", NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE PESSOAL.

4.3. A seguradora não será obrigada a conceder cobertura, pagar quaisquer indenizações ou conceder quaisquer benefícios no âmbito desta apólice, na medida em que a concessão de tal cobertura, pagamento de indenização ou concessão de benefício exponha a seguradora a quaisquer embargos e sanções ou ao risco de não cumprir qualquer restrição ou proibição decorrente de embargos e sanções.

-
- 4.4. Para fins desta cláusula, “Embargos e Sanções” significam: listas ou medidas que imponham restrição, proibição ou sanção para realização de operações comerciais ou financeiras, contra jurisdições, pessoas físicas ou jurídicas ou bens e mercadorias em razão do combate à lavagem de dinheiro e/ou ao financiamento ao terrorismo, seja pela legislação brasileira, por organismos multilaterais tais como a Organização das Nações Unidas – ONU (<https://nacoesunidas.org/conheca/>) e o FATAF-GAFI (<https://www.fatf-gafi.org/>), e/ou por qualquer lei ou resolução imposta por outras jurisdições tais como os Estados Unidos da América (tais como a *Export Administration Regulations – EAR* <https://www.bis.doc.gov/index.php/regulations/export-administration-regulations-ear> ou *Office of Foreign Assets Control – OFAC* <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>), o Reino Unido ou a União Europeia (<https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>), na qual o Segurado, o Beneficiário ou a operação segurada se enquadre ou venha a se enquadrar durante a Vigência desta Apólice. São, ainda, considerados Embargos e Sanções qualquer restrição, proibição ou sanção imposta pelas normas e resoluções acima mencionadas à jurisdição onde ocorreu o sinistro ou à jurisdição à qual o pagamento se destina, que impeça o pagamento da indenização.
- 4.5. Sem prejuízo da exclusão de cobertura acima disposta, o Segurado perderá o direito às indenizações ou reembolsos previstos nessa Apólice, em situações em que fique comprovado que o Segurado silenciou de má-fé a comunicação que deveria ter sido feita à Seguradora no que se refere à sua inclusão, à inclusão do Beneficiário do seguro ou do Objeto da Apólice em listas de Embargos e Sanções, a partir da data de sua inclusão, da inclusão do Beneficiário ou do Objeto da Apólice em qualquer dessas listas. O Segurado também perderá o direito à indenização ou reembolso em caso de qualquer ato fraudulento relacionado a Embargos e Sanções, ainda que a aplicabilidade da sanção, proibição ou restrição seja verificada no momento da ocorrência do Sinistro.
- 4.6. O Segurado deverá informar à Seguradora, assim que tiver ciência dos seguintes fatos:
- (i) De sua inclusão em listas ou restrições de Embargos e Sanções;
 - (ii) Da inclusão de quaisquer Beneficiários do seguro em listas ou restrições de Embargos e Sanções;
 - (iii) Da inclusão, em listas ou restrições de Embargos e Sanções, de quaisquer jurisdições pelas quais as mercadorias ou operações relacionadas ao objeto desta Apólice passem ou possam passar;
 - (iv) Da inclusão de quaisquer contrapartes de quaisquer operações comerciais ou financeiras ou quaisquer mercadorias relacionadas ao objeto desta Apólice em listas ou restrições de Embargos e Sanções.
- 4.7. A cobertura contratada no âmbito desta Apólice ficará suspensa a partir da data de inclusão do Segurado, do Beneficiário ou do objeto desta Apólice nas referidas listas de Embargos e Sanções, sendo a cobertura reestabelecida a partir das 00:00h do dia seguinte à data de exclusão do Segurado, do Beneficiário ou do objeto da Apólice das referidas listas de Embargos e Sanções.
- 4.8. Durante o período em que o Segurado, o Beneficiário ou o objeto da Apólice estiverem incluídos em listas de Embargos e Sanções, ficarão suspensos os pagamentos referentes a quaisquer indenizações ou restituições pelas quais a Seguradora seja responsável nos termos desta Apólice. Tal suspensão ficará em vigor até que tal sanção, proibição ou restrição não seja mais aplicável ou até que tal questão seja resolvida por decisão judicial.
- 4.9. A Seguradora poderá, ainda, suspender o pagamento da indenização ou reembolsos caso sejam aplicadas sanções de indisponibilidade de bens com base na Lei nº 13.810/2019.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CARÊNCIA

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

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

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

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

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

6.4. NÃO HAVERÁ CARÊNCIA PARA AS COBERTURAS DE ACIDENTES PESSOAIS, EXCETO NO CASO DE SUICÍDIO.

7. FRANQUIA

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

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO CONTRATO COLETIVO

8.1. A contratação ou alteração da Apólice se dará mediante apresentação da Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo representante legal do Estipulante, e pelo Corretor de Seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na Seguradora.

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

a) Pessoa Física:

- a.1) Nome completo;
- a.2) Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/MF;
- a.3) Natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição;

- a.4) Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;
- a.5) Profissão;
- a.6) Patrimônio estimado ou faixa de renda mensal.

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.

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

- 8.4. O pagamento antecipado do Prêmio, total ou parcialmente, não caracteriza a aceitação da proposta.**
- 8.5.** A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.
- 8.6.** 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 de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.
- 8.6.1.** Caso o proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez. No caso de proponente pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de 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.
- 8.7.** A recusa do risco será comunicada pela seguradora ao estipulante/subestipulante e/ou corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 8.8.** A ausência de manifestação da seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 8.5, respeitadas as condições de suspensão, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 8.9.** Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. O valor a ser devolvido será atualizado pelo IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pelo critério “pro rata temporis” correspondente ao período da data do pagamento até a data da efetiva devolução.

-
- 8.9.1. No caso de extinção do IPCA/IBGE, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado/Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 8.9.2. Serão devidos juros moratórios de 0,5% (meio por cento) ao mês, sobre o valor do prêmio atualizado, a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte ao término do prazo de 10 (dez) dias corridos para devolução do prêmio até a data do seu efetivo pagamento.
- 8.9.3. Durante o período compreendido entre a data da recepção da proposta de contratação com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa da mesma, haverá cobertura pelo seguro.
- 8.10. 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 15 (quinze) dias, a partir da aceitação.
- 8.11. É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO

- 9.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.
- 9.2. Poderá ser aceito como Segurado, todas as pessoas físicas pertencentes ao Grupo Segurável, que estejam, na data da contratação do seguro, em plena atividade profissional e em boas condições de saúde, tenham idade compreendida entre 14 (quatorze) e 70 (setenta) anos completos e que tenham vínculo empregatício com o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), nas seguintes categorias profissionais:
- a) Sócio(s), acionista(s) e diretor(es) da empresa estipulante/subestipulante, desde que comprovem vínculo por meio de Contrato/Estatuto Social, Ata de Eleição ou registro na GFIP ou registro no CAGED ou registro no eSocial ou comprovante da(s) retirada(s) mensal(is) sob forma de "pró labore" ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
 - b) Funcionário(s) registrado(s) e ativo(s) da empresa estipulante/subestipulante, desde que comprovem vínculo com a empresa por meio de registro na GFIP ou registro no CAGED ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
 - c) Administrador(es), constituído por todos os administradores eleitos ou contratados constantes em Ata de Assembleia da Empresa, desde que devidamente registrados na Junta Comercial e/ou órgão competente.

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

- 9.4. Os empregados que são aposentados por tempo de serviço ou aposentados por idade que estejam em plena atividade profissional junto ao Estipulante/Subestipulante podem ser aceitos no seguro, desde que constem da relação GFIP ou CAGED ou do Contrato/Estatuto Social ou Ata de Assembleia ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los.
- 9.5. Os segurados que se afastarem posteriormente a data de início de vigência deverão ser mantidos na apólice com o respectivo recolhimento do Prêmio do seguro junto a Seguradora normalmente.

9.6. NÃO ESTÃO GARANTIDOS PELO SEGURO OS PROFISSIONAIS AUTÔNOMOS, PRESTADORES DE SERVIÇO/TERCEIROS, ESTAGIÁRIOS E OS PROFISSIONAIS LIBERAIS.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 10.1.** O início e término de vigência do seguro será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na Apólice e endossos.
- 10.2.** A Apólice poderá ser renovada automaticamente por período igual ao contratado, inicialmente, uma única vez, salvo se a Seguradora ou Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias do término da vigência da apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.
- 10.3.** As renovações posteriores à primeira deverão ser expressas entre as partes, Seguradora e Estipulante, sendo que cabe à Seguradora, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência à data de renovação, comunicar por escrito o interesse pela renovação do seguro.
- 10.4.** Na emissão e em cada uma das renovações do seguro, será enviado um Endosso de renovação ao Estipulante e/ou Subestipulante.
- 10.5.** A Apólice não será renovada caso o estipulante e/ou subestipulante (se houver) não aceitem as condições de reavaliação propostas pela seguradora, para a manutenção do seguro.
 - 10.5.1.** Se durante a vigência da Apólice, ocorrer de o número mínimo de vidas não ser atingido, a Seguradora ficará desobrigada a renovar o seguro na modalidade coletiva e poderá cancelar a Apólice, observado o disposto nestas Condições Gerais.
- 10.6.** Qualquer modificação da apólice em vigor que implique ônus ou deveres adicionais aos segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuênciam prévia e expressa do estipulante e/ou subestipulante (se houver).
- 10.7.** Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

11. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 11.1.** A vigência da cobertura individual, terá seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas estabelecidas e indicadas na apólice do seguro e nos respectivos endossos.
 - 11.1.1.** Nos contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas **com o pagamento antecipado, total ou parcial, do valor do prêmio**, a vigência da cobertura individual terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
 - 11.1.2.** Nos contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas, **sem pagamento antecipado de prêmio**, a vigência da cobertura individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

-
- 11.1.3. Para novos componentes do Grupo Segurável, contratados posteriormente ao início de vigência da apólice, a cobertura inicia-se na data da admissão ou início do contrato de trabalho ou nomeação como administrador/diretor junto ao estipulante e/ou subestipulante (se houver).
 - 11.2. A cobertura individual do seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, observado o período de vigência e renovação da apólice disposto na Cláusula 10 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.

12. BENEFICIÁRIOS

- 12.1. Cabe ao Segurado, mediante declaração feita formalmente, exclusiva e a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) beneficiário(s).
- 12.2. No caso de ocorrência de morte do segurado, a(s) indenização(ões) correspondente à(s) cobertura(s) contratada(s), será(ão) paga(s) de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado.
- 12.3. Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.
- 12.4. A Seguradora não sendo informada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.
- 12.5. Na falta de indicação expressa de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.
- 12.6. Para efeito desse seguro, o(a) companheiro(a) será equiparado(a) ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro, viúvo ou separado de fato.
- 12.7. NÃO SERÁ ADMITIDA A INDICAÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS POR PROCURAÇÃO.

13. CAPITAL SEGURADO

- 13.1. O Capital Segurado Global contratado para cada uma das coberturas será estabelecido na Apólice e será o valor máximo da indenização devida na data de ocorrência do evento coberto. Os valores ora mencionados serão apurados na data do evento coberto, de acordo com as condições especiais das coberturas contratadas.
- 13.2. O Capital Segurado Global é aquele a ser dividido entre os Segurados pertencentes a uma categoria, de acordo com o valor contratado para cada cobertura, estabelecido na proposta de contratação e respectiva apólice, respeitando as demais cláusulas do contrato.
- 13.3. O Capital Segurado Global poderá sofrer alterações, a pedido do estipulante e/ou subestipulante (se houver), para atender as necessidades de capital segurado individual decorrentes da variação do número de vidas durante a vigência do seguro, observadas as condições contratuais.
- 13.4. A quantidade de empregados da empresa será comprovada no momento da ocorrência do sinistro, mediante a apresentação da listagem do CAGED ou da GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, do mês de ocorrência do evento coberto e, no caso de sócios, diretores

e administradores que não constem do CAGED ou da GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, para comprovação do vínculo será exigida também a apresentação do Contrato Social ou Estatuto Social, Ata de Eleição ou de Assembleia do mês de ocorrência do sinistro.

13.5. Podem ser contratados valores diferenciados de capital segurado global para o grupo de sócios, diretores, administradores e para o grupo de funcionários. Nesse caso, o capital segurado individual será apurado:

13.5.1. Empregados: pelo rateio do capital segurado global contratado pelo estipulante/subestipulante para o grupo de funcionários, sendo a quantidade de vidas dessa categoria comprovada conforme descrito nos itens 13.3 e 13.4 acima.

13.5.2. Sócios e/ou Diretores e/ou Administradores: pelo rateio do capital segurado global contratado pelo estipulante/subestipulante para o grupo de sócios ou diretores, conforme cada categoria, sendo a quantidade de vidas dessas categorias comprovada conforme descrito nos itens 13.3 e 13.4 acima.

13.6. O capital segurado Individual será apurado com base no resultado da divisão do capital segurado global em partes iguais ou proporcionais, de acordo com opção contratada, entre todos os segurados pertencentes a uma categoria, vigente na data de ocorrência do evento coberto, sendo este o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora.

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

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

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

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

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

14.1. O Capital Segurado Global e o respectivo Prêmio serão atualizados em cada aniversário da Apólice pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acumulado nos últimos 12 (doze) meses, apurado com até 2 (dois) meses de antecedência ou prazo indicado na comunicação referente à atualização de valores.

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

14.2. Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano, não haverá atualização de valores.

15.TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO

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

15.1.1. A Seguradora anualmente, no aniversário da apólice, poderá recalcular as taxas do seguro, caso a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, de forma que o volume de Sinistros pagos e avisados seja superior ao Prêmio líquido arrecadado no mesmo período.

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

16.CUSTEIO DO SEGURO

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

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

17.FATURAMENTO E COBRANÇA DO PRÊMIO

17.1. O faturamento da apólice coletiva terá a periodicidade estabelecida na apólice, podendo ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, podendo este último ser à vista ou fracionado.

17.1.1. Em caso de pagamento fracionado do prêmio, o segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas. Neste seguro não haverá aplicação de juros sobre o prêmio fracionado.

17.1.2. Para os prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice do seguro.

17.1.3. Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

17.2. O não pagamento do prêmio único ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio, respeitada a periodicidade definida em contrato, até a data de seu vencimento, caracteriza a não efetivação do seguro.

17.3. A data limite para pagamento do prêmio será a data de vencimento expressa na respectiva fatura.

-
- 17.4. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não houver expediente bancário, o pagamento da fatura poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja a suspensão de suas coberturas e sem acréscimo de valor.
 - 17.5. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nas Cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE destas condições gerais.
 - 17.6. O estipulante e/ou subestipulante ficam terminantemente proibidos de recolher do(s) segurado(s), a título de prêmio do seguro, qualquer valor.
 - 17.7. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto na Cláusula 15 – TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO, destas condições gerais.
 - 17.8. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

18.PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

- 18.1. O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que se referir.
- 18.2. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, a seguradora realizará a cobrança obedecendo a forma de pagamento estipulada na apólice e aplicará os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 0,5% (meio por cento) ao mês e a atualização monetária com base na variação positiva do índice do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurado entre o último índice publicado antes do vencimento da parcela e aquele publicado em data imediatamente anterior à data do seu efetivo pagamento.
 - 18.2.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Getúlio Vargas.
- 18.3. Em caso de atraso no pagamento da parcela do prêmio, a seguradora enviará notificação prévia ao estipulante e/ou subestipulante (se houver) comunicando-o acerca do atraso no pagamento do prêmio, advertindo-o da necessidade de quitação da(s) parcela(s) do prêmio do seguro em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.
- 18.4. **EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO NÃO ESTARÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DA CONTRAÇÃO DO SEGURO.**
- 18.5. **PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO MENSAL:**
 - 18.5.1. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA INICIARÁ A CONTAGEM DE PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS PARA REGULARIZAÇÃO DO PAGAMENTO, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE VENCIMENTO DO 1º (PRIMEIRO) PRÊMIO INADIMPLENTE.

-
- 18.5.2. CASO O SEGURO NÃO ESTEJA CANCELADO, E DE ACORDO COM O SUBITEM 18.5.1, A SEGURADORA ENCAMINHARÁ UMA NOTIFICAÇÃO AO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS APÓS A FALTA DE PAGAMENTO DA 1^a (PRIMEIRA) PARCELA INADIMPLENTE, ADVERTINDO QUANTO À NECESSIDADE DE QUITAÇÃO DO PRÊMIO DE SEGURO EM ATRASO. NÃO SENDO REGULARIZADO O PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA CONCEDIDO, ESTA CORRESPONDÊNCIA FUNCIONA COMO NOTIFICAÇÃO PARA O CUMPRIMENTO DA CONTRAPRESTAÇÃO DO CONTRATO (PAGAMENTO DE PRÊMIO).
- 18.5.3. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA, DESCRITO NO SUBITEM 18.5.1, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE A INADIMPLÊNCIA, MAS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO FICARÁ CONDICIONADO AO RECEBIMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S) COM OS ENCARGOS PREVISTOS NO ITEM 18.2.
- 18.5.4. APÓS O TÉRMINO DO PRAZO DE TOLERÂNCIA, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO, O SEGURADO SERÁ INFORMADO DO CANCELAMENTO DA APÓLICE, COM O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO.
- 18.6. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO FRACIONADO, BIMESTRAL, TRIMESTRAL, QUADRIMESTRAL, SEMESTRAL OU ANUAL FRACIONADO:
- 18.6.1. NÃO SERÁ PERMITIDA COBRANÇA DE NENHUM VALOR ADICIONAL, A TÍTULO DE CUSTO ADMINISTRATIVO DE FRACIONAMENTO.
- 18.6.2. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA, O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL SERÁ AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE O CÁLCULO *PRO RATA TEMPORIS*.
- 18.6.3. A SEGURADORA DEVERÁ INFORMAR AO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, POR MEIO DE COMUNICAÇÃO ESCRITA, O NOVO PRAZO DE VIGÊNCIA AJUSTADO, NOS TERMOS DO SUBITEM 18.6.2. NESTA COMUNICAÇÃO, O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE SERÁ ALERTADO QUE, FINDO O NOVO PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INFORMADO, SEM QUE TENHA SIDO RETOMADO O PAGAMENTO DO PRÊMIO, DAR-SE-Á DE PLENO DIREITO O CANCELAMENTO DO SEGURO.
- 18.6.4. RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO ANTES DO CANCELAMENTO DA APÓLICE, FICARÁ RESTAURADO O PRAZO ORIGINAL DA VIGÊNCIA DA APÓLICE.
- 18.7. NO CASO DE HAVER PARCELAS EM ATRASO INTERCALADAS COM PARCELAS PAGAS, SERÁ CONSIDERADA A 1^a (PRIMEIRA) PARCELA EM ATRASO PARA FINS DE DETERMINAÇÃO DO PERÍODO DE INADIMPLÊNCIA, INDEPENDENTE DE PARCELAS POSTERIORES PAGAS.
- 18.8. NÃO CABERÁ RESTITUIÇÃO DE QUALQUER PARCELA DE PRÊMIO MENSAL QUE JÁ TENHA SIDO PAGA OU EM CASO DE PRÊMIO ANUAL À VISTA, CUJA VIGÊNCIA DO ÚLTIMO PRÊMIO PAGO JÁ TENHA TERMINADO.

18.9. DECORRIDO O PRAZO CONCEDIDO PARA REGULARIZAÇÃO DA INADIMPLÊNCIA SEM QUE O PAGAMENTO DO PRÊMIO PENDENTE TENHA SIDO EFETUADO, O SEGURO FICARÁ DE PLENO DIREITO CANCELADO E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE, DEVERÁ SER CONTRATADO NOVO SEGURO, RESPEITADAS AS CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ELEGIBILIDADE, NÃO SENDO ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO.

18.10. Ocorrendo sinistro no período de inadimplência, antes do cancelamento do seguro, a seguradora realizará o pagamento do capital segurado contratado ao beneficiário, condicionado ao pagamento da(s) parcela(s) do prêmio devida(s).

18.10.1. Nessa hipótese, a seguradora se resguarda no direito de cobrar os prêmios não pagos no prazo convencionado, referente aos riscos já garantidos, inclusive pela via judicial, se necessário, respeitados os critérios de cancelamento do contrato de seguro.

18.11. Transcorrido o prazo de tolerância sem pagamento dos prêmios, o seguro será cancelado por motivo de inadimplência, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade quanto aos eventuais sinistros ocorridos a partir de então.

19. CANCELAMENTO DA APÓLICE

19.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido na Cláusula 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do prêmio.

19.2. A apólice poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

- a) A qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante ou subestipulante, respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;
- b) No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:
 - i. A seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
 - ii. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, a seguradora poderá reter, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com o critério *pro rata temporis*;
- c) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das condições contratuais da apólice;
- d) Na hipótese do estipulante e/ou subestipulante, segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda se restar constatado que tiveram o fim de obter ou majorar a indenização;
- e) Pelo atraso no pagamento do prêmio conforme disposto na Cláusula 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA destas condições gerais;
- f) No final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
- g) Na hipótese de pessoas jurídicas, 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;
- h) Se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 22 – PERDA DE DIREITOS;

-
- i) Se não for atingido o número mínimo de vidas exigidas para a contratação e/ou renovação do seguro.
- 19.3. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

20. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 20.1. A cobertura individual de cada segurado termina, sem qualquer restituição de prêmio:
- a) Com o falecimento do segurado principal;
 - b) Com o cancelamento da apólice por quaisquer das situações previstas na Cláusula 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE;
 - c) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante e/ou subestipulante (se houver);
 - d) Com o cancelamento a pedido da seguradora, desde que o aviso seja feito com 60 (sessenta) dias de antecedência;
 - e) Quando estipulante e/ou subestipulante (se houver), deixar de pagar o prêmio do seguro;
 - f) Quando terminar o período de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitando o prêmio de seguro efetivamente pago;
 - g) Automaticamente, com o pagamento do capital segurado contratado, quando as condições especiais da cobertura correspondente estabelecerem o cancelamento do contrato de seguro;
 - h) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo segurado, devidamente comprovados;
 - i) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 22 – PERDA DE DIREITOS.
- 20.2. Além das hipóteses previstas no item 20.1 para a término da cobertura do segurado principal, a cobertura de cada segurado dependente será descontinuada:
- a) Se for cancelada a respectiva cobertura suplementar;
 - b) Com o cancelamento do seguro do segurado principal;
 - c) No caso de cessação da condição de dependente.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 21.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou segurado, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente o evento à seguradora por meio da Central de Atendimento ou outro meio que a seguradora disponibilize e estabeleça na proposta de contratação ou na apólice.
- 21.2. Para análise do sinistro é imprescindível apresentação dos documentos relacionados na Cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições especiais de cada uma das coberturas contratadas.
- 21.3. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos para o pagamento da indenização, contados da data de entrega de todos os documentos relacionados nas condições especiais das respectivas coberturas, observando que a documentação especificada nas condições especiais não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos e/ou informações que se façam necessários durante a regulação do sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte à data da entrega protocolada de todos os documentos e/ou informações complementares solicitados.

-
- 21.4. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 21.5. A não entrega dos documentos solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará na suspensão do processo de sinistro administrativamente. O processo poderá ser reaberto a qualquer tempo, mediante solicitação do segurado ou beneficiário com a apresentação dos documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto na legislação vigente.
- 21.6. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a seguradora venha a praticar após o aviso do sinistro não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer capital segurado. A seguradora poderá exigir a autenticação das cópias dos documentos necessários à análise.
- 21.7. Na ausência de Médico que tenha assistido o Segurado, será aceito profissional Médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais Médicos em qualquer tempo.
- 21.8. 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.
- 21.9. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora. O resarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 21.10. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) beneficiário(s) correrão por conta dos interessados no pagamento de eventual capital segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.
- 21.11. Independentemente dos documentos exigidos pela seguradora nas condições especiais de cada cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu exclusivo critério, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento coberto.
- 21.12. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.
- 21.13. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 21.14. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade física do segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

-
- 21.14.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora e um terceiro, desempatador, nomeado por ambos. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado ou beneficiário e pela seguradora.**
- 21.14.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 21.14.3. O não comparecimento do segurado ou do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova junta, salvo convenção em contrário.
- 21.14.4. A Seguradora não aceitará que seja nomeado como médico-assistente o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de capital segurado por parte da seguradora.
- 21.15. Poderá ser solicitado ao estipulante e/ou subestipulante, o comprovante do último Prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do Prazo de Tolerância, porém anteriormente à data da ocorrência do Sinistro.
- 21.16. O Segurado autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a efetuar visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e realizar exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu Médico Assistente.
- 21.17. 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 Indenização. Quando o evento ocorrido não tiver Cobertura, a Seguradora comunicará o Segurado, ou seu(s) Beneficiário(s) ou seus respectivos representante(s) legal(is) os motivos do não pagamento da Indenização, o que poderá ser feito por intermédio do Corretor de seguros.
- 21.18. O pagamento do capital segurado das coberturas constante nestas condições gerais será realizado sob a forma de parcela única, exceto se houver definição em contrário em contrato.
- 21.19. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 21.20. Caso haja atraso no pagamento do capital segurado relativa ao evento coberto, a importância devida pela seguradora será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, desde a data do evento até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados a partir da mora.
- 21.21. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

21.22. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Getúlio Vargas.

21.23. Para os casos de pagamento anual à vista, o cálculo de atualização das indenizações será efetuado considerando-se a última atualização monetária aplicada sobre o capital segurado, conforme previsto no Cláusula 14 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA até o último índice publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

22. PERDA DE DIREITOS

22.1. A Seguradora não pagará qualquer Indenização referente ao presente seguro, nem restituirá os Prêmios pagos e terá ainda o direito ao recebimento do Prêmio vencido, caso o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), o Proponente, o Segurado, seu(s) Beneficiário(s), seu Corretor de seguros ou seu(s) respectivos representante(s) legal(is):

- a) Agravar intencionalmente o risco nos termos do Código Civil Brasileiro;
- b) Fizer declaração(ões) inexata(s), falsa(s), simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a Indenização, ou omitir circunstâncias que possam influenciar na aceitação da proposta ou no valor do Prêmio;
- c) Faltar com o cumprimento das obrigações ajustadas pelo contrato deste seguro;
- d) Agir com dolo, fraude consumada ou sua tentativa, simulação ou Culpa Grave tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou para obter ou majorar o pagamento da Capital Segurado ou ainda se o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), o Proponente, o Segurado, seu(s) Beneficiário(s), seu Corretor de seguros ou seu(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o evento reclamado; e
- e) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do Evento Coberto.

22.2. Se a inexatidão ou a omissão das declarações não resultar de má-fé, do Estipulante e/ou do Subestipulante (se houver), do segurado, seus prepostos, seus Beneficiários, seu Corretor de seguros ou seus representantes legais, a Seguradora poderá:

22.2.1. Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:

- a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

22.2.2. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento parcial do capital segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, mediante o recebimento do prêmio devido, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

22.2.3. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio devido.

-
- 22.3. O estipulante, o subestipulante, o corretor, e o segurado são obrigados a comunicar à seguradora, logo que o saibam, de todo e qualquer incidente suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perderem o direito à cobertura, se ficar comprovado que o estipulante, o subestipulante, o corretor e o segurado silenciaram de má-fé, conforme disposto no artigo 769 do código civil brasileiro.
- 22.3.1. Também caracteriza a alteração de risco as ocorrências referente à mudança da atividade informada pelo estipulante e/ou subestipulante.
- 22.4. A seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao estipulante e/ou subestipulante, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, manter o seguro, restringindo a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 22.5. O cancelamento do contrato de seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, quando houver, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE

- 23.1. Sem prejuízo de outras obrigações previstas nas condições gerais e demais disposições contratuais, ainda, são obrigações do estipulante e/ou subestipulante (se houver):
- Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do grupo, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;
 - Manter a seguradora informada a respeito, das alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
 - Fornecer ao segurado ou ao beneficiário, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
 - Pagar os prêmios de seguro à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
 - Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos pelo segurado;
 - Comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de Sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
 - Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para o pagamento do Capital Segurado;
 - Comunicar de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
 - Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
 - Cumprir todas as cláusulas e Condições Contratuais.
- 23.2. O não pagamento dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro e sujeita o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) às cominações legais. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor referente ao seguro.

24. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

- 24.1. O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, pelo estipulante e/ou subestipulante, mediante aditivo firmado entre as partes.
- 24.2. Qualquer modificação na apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado ou seu(s) representante(s). Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante ou subestipulante.

25. REGIME FINANCEIRO

- 25.1. Este plano está estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, ou seja, os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar todas as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto, não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada Segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro. Sendo assim, **não há devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário**.

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA

- 26.1. As peças promocionais e de propaganda referente a divulgação do seguro por parte do corretor de seguros, estipulante/subestipulante deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais de seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada, por escrito.
- 26.2. A divulgação do seguro sem a prévia autorização da seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas contratações e/ou no cancelamento do seguro.

27. PRESCRIÇÃO

- 27.1. Os prazos prespcionais são aqueles determinados em Lei.

28. FORO

- 28.1. Fica eleito o Foro da comarca de Domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios/questões judiciais decorrentes do presente contrato.
- 28.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de Foro diverso do previsto no item acima.

29. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 29.1. Aos casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e a legislação brasileira.

-
- 29.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 29.3. As Condições Contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante na apólice do seguro e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio, o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s), em caso de morte natural ou acidental do segurado, decorrente exclusivamente de causas naturais e/ou acidente pessoal coberto, ocorrida durante a vigência do seguro, observados os riscos expressamente excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.
- 1.3. Esta Cobertura poderá ser contratada em conjunto ou separadamente com a Cobertura básica de Morte Acidental – MA, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas básicas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro pelo seguro vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.
- 3.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.
- 3.3. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

4. DATA DO EVENTO

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

5. CARÊNCIA

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

- a) Com o pagamento do capital segurado 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. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

8.1.1. Para o caso de Morte Natural:

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

- I) Cópia do Contrato Social, Ata de Assembleia, Ata de Eleição ou Estatuto Social do Estipulante ou Subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
- m) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
- n) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s).

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

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

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

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio, o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s), em caso de morte do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.
- 1.3. Esta Cobertura poderá ser contratada em conjunto ou separadamente com a Cobertura básica de Morte – M, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas básicas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto pelo seguro e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 3.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.
- 3.3. Os Capitais Segurados das Coberturas básicas de Morte – M e de Morte Acidental – MA, quando contratadas em conjunto, se acumulam na ocorrência de Acidente Pessoal coberto.
- 3.4. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

4. DATA DO EVENTO

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura cessa:
- a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura;
 - b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

7. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

- 7.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos relacionados na cláusula 7 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da **COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M**.
- 7.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DECESSOS – DE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

3. RISCOS COBERTOS

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

3.2. Os planos oferecidos no seguro são os seguintes:

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

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

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

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

-
- 3.3. O beneficiário poderá optar pela prestação do serviço em substituição ao reembolso por meio de rede credenciada à seguradora, respeitado os limites e critérios estabelecidos na apólice.
- 3.4. Na ocorrência do óbito, caso seja optado pela prestação de serviços, a família deverá entrar em contato com a Central de Atendimento aos clientes da seguradora. A Assistência 24 horas contratará a funerária mais próxima do local onde ocorreu o óbito para que sejam tomadas as devidas providências para a prestação do serviço funeral.
- 3.5. Caso o beneficiário opte pelo reembolso:
- a) Será garantida a livre escolha do prestador de serviço;
 - b) Será vedada a utilização de quaisquer serviços da rede especializada de prestadores de serviços credenciada;
 - c) O reembolso das despesas com funeral suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado, observados os valores efetivamente gastos, mediante comprovação por notas fiscais originais ou cópia autenticada, sem rasuras.
- 3.6. Caso o beneficiário opte pela prestação de serviço:
- a) Não caberá qualquer tipo de reembolso;
 - b) Quando optado pela prestação de serviço, o funeral será realizado por empresa terceirizada;
 - c) Valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado contratado;
 - d) Deverá ser utilizada a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, por meio da Central de Atendimento da seguradora. A seguradora enviará um representante que:
 - i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
 - ii. Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando a respeito das providências tomadas.
- d.1) Em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:
- i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
 - ii. Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando a respeito das providências tomadas.
- d.2) Em caso de falecimento no município de moradia habitual do segurado no Brasil com sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:
- i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município. Neste caso, as despesas com traslado e documentação serão de responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município;
 - ii. Irá à funerária do município onde será feito o sepultamento e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando a respeito das providências tomadas.
- d.3) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:
- i. Tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual do segurado, onde será prestado também o serviço de sepultamento, limitado ao valor do capital segurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

-
- 3.10. Cremação:** Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade para o município de moradia habitual no Brasil para realização da cremação, **desde que o município de moradia habitual do segurado possua este serviço.**
- 3.10.1. Nas localidades onde o serviço de cremação não exista, a indenização será em forma de reembolso.
- 3.11. Sepultamento:** Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.
- 3.12. Traslado:** Traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.
- a) O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizado até o limite do capital segurado contratado. Caso o beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o traslado será realizado até o município desejado, **desde que não ultrapasse a distância entre o município onde ocorreu o óbito e o município de moradia habitual do segurado.**
 - b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora desse limite, deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas. A partir da chegada do corpo nesse município, a prestadora de serviço assumirá os serviços garantidos pelo plano.
 - c) A seguradora ficará isenta da responsabilidade de prestar o serviço, caso haja recusa da família em efetuar o pagamento do(s) valor(es) excedente(s).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA:**
- A) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA, QUANDO ACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO;
 - B) CREMAÇÃO PARA OS SEGURADOS QUE TENHAM MORADIA HABITUAL EM MUNICÍPIOS QUE NÃO DISPONHAM DESSE SERVIÇO;
 - C) SEPULTAMENTO DE MEMBROS;
 - D) DESPESAS NÃO PREVISTAS NESSAS CONDIÇÕES E/OU SUPERIORES AOS LIMITES PREVIAMENTE ACORDADOS;
 - E) DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGOS, TERRENOS E CARNEIROS.

5. CAPITAL SEGURADO

- 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.

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

6. DATA DO EVENTO

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

7. CARÊNCIA

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

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

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

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

- Com o pagamento do capital segurado relativo ao funeral do segurado principal, referente a esta condição especial, extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro;
- Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

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

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

10. BENEFICIÁRIO

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

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

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

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

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

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

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o reembolso dos gastos com a aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, de acordo com o plano e respeitando o limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento do segurado principal, se contratado plano individual, ou de seu cônjuge/companheiro(a) e filho(s), se contratado o plano casal ou familiar, decorrente de causas naturais ou accidentais, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. A presente garante o reembolso dos gastos com a aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, limitado ao valor de capital segurado contratado, no caso de falecimento, por causas naturais ou accidentais, do segurado principal ou de seus dependentes de acordo com o plano contratado e conforme as modalidades apresentadas nesta cláusula, ocorrido durante o período de vigência do seguro.
- 2.2. Os planos oferecidos no seguro são os seguintes:
 - a) **Individual:** Fica coberto somente o segurado principal;
 - b) **Casal:** Ficam cobertos o segurado principal e seu cônjuge/companheiro(a), de acordo com a legislação em vigor;
 - c) **Familiar:** Ficam cobertos o segurado principal, seu cônjuge/companheiro(a) e/ou filho(s), de acordo com a legislação em vigor.
- 2.3. O reembolso será realizado uma única vez no seguro, ou seja, após ter sido paga a primeira verba para aquisição do Jazigo ao beneficiário, a cobertura estará automaticamente excluída do seguro.
- 2.4. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Decessos – DE.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

5. DATA DO EVENTO

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

6. CARÊNCIA

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

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

- Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura;
- Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

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

9. BENEFICIÁRIO

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

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

10.2.1. Para o caso de Morte Natural:

- Relatório Médico assinado pelo médico assistente contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do segurado;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do segurado;

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

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

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

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento de uma indenização ao próprio segurado, de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, caso o segurado venha a se tornar parcial ou totalmente inválido em caráter permanente, em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, observada as condições contratuais.
- 1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, também se aplicam a esta cobertura específica as seguintes definições:
 - 2.1.1. **Dano Estético:** subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, mas sem a ocorrência de Sequelas que interfiram no funcionamento do organismo.
 - 2.1.2. **Impotência Funcional:** alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial, que gera prejuízo ao indivíduo.
 - 2.1.3. **Redução Funcional:** alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

- 3.1. Entende-se como Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de capital segurado a ser pago em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista na cláusula 11 – TABELA PARA O CÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO A SER PAGO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL OU TOTAL POR ACIDENTE desta condição especial, em virtude de lesão física exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observado o disposto no item 3.9 desta cláusula.
- 3.2. A importância a ser paga será calculada aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Capital Segurado em caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, cujo resultado será aplicado sobre o capital segurado Individual calculado na data do acidente.
- 3.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial é calculado pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo

informado apenas o grau de redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

- 3.4. Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.
- 3.5. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado individual. Da mesma forma, havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para sua perda total.
- 3.6. A perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já deficiente antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva, o grau de invalidez preexistente.
- 3.7. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente prevista para a presente cobertura.
- 3.8. O pagamento de capital segurado por invalidez permanente total ou parcial por acidente do segurado estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 3.9. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA POR RELATÓRIO MÉDICO.
- 3.10. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA E/OU RELACIONADOS A:
 - A) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - B) PERDA DE DENTES, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - C) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;
 - D) OS ERROS MÉDICOS;
 - E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;
 - F) QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO E/OU QUANDO O ACIDENTE TIVER OCORRIDO EM DATAS ANTERIORES À DATA DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO;

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

5. CAPITAL SEGURADO

- 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. Os capitais segurados da cobertura básica de Morte – M e da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte, deduzido o valor já pago pela IPA.
- 5.3. Os capitais segurados da cobertura básica de Morte Acidental – MA e da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPA.
- 5.4. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.
- 5.5. Caso haja o pagamento integral do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

6. DATA DO EVENTO

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

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado após o pagamento da indenização referente a invalidez permanente parcial por acidente, de forma automática, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.
- 7.2. Não haverá reintegração do capital segurado relativo à esta cobertura para os casos de Invalidez Permanente Total.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 9.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura cessa:
 - a) Com o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;

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

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

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

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

Invalidez Permanente por Acidente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda Total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	
	Perda Total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda Total do uso de ambas as mãos	
	Perda Total do uso de um membro superior e um membro inferior	
	Perda total do uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável	
	Nefrectomia bilateral	
Parcial (Diversas)	Perda total da visão de um olho quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Parcial (Membros Superiores)	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: capital segurado a ser pago equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo	
Parcial (Membros Inferiores)	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20

	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, capital segurado a ser pago equivalente a ½ (metade) e, dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	Sem indenização

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

Diversas	MANDÍBULA	
	Maxilar Inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau máximo	15
	Em grau médio	10
	Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	07
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fistulas	25
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	07
	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio bilateral	07
	Ectrópio bilateral	06
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ectrópio unilateral	03
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Aparelho de Fonação	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	08
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	

	Incontinência urinária permanente	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Perda de rim único	75
	Perda de um rim, com rim remanescente	30
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Com função preservada	
	APARELHO REPRODUTOR E GENITAL	
	Ampuração traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois testículos	15
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um testículo	05
	Perda de um ovário	05
	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Recepção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
	Com insuficiência respiratória	75
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com função respiratória preservada	15
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia Total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	Ressecção parcial	20
	INTESTINO GROSSO	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
FÍGADO		

Lobectomia com insuficiência hepática	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05
HÉRNIAS	
Hérnia de Disco Cervical	20
Hérnia de Disco Lombar e Torácica	25
Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
Hérnia Inguinal ou Inguino-Escrotal	10
Hérnia Incisional	20
Hérnia de Hiato	10
Hérnia Umbilical	10
Hérnia Epigástrica	10

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

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

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplicam a esta Cobertura específica as seguintes definições:
 - 2.1.1. **Dano Estético:** subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, mas sem a ocorrência de Sequelas que interfiram no funcionamento do organismo.
 - 2.1.2. **Impotência Funcional:** alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que gere prejuízo ao indivíduo.
 - 2.1.3. **Redução Funcional:** alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva total de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, constante no item 3.8 abaixo, a ser pago em virtude de lesão física causada, exclusivamente, em decorrente de acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observado o disposto no item abaixo.
- 3.2. No caso de Invalidez Permanente Total decorrente de acidente pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a existência de Invalidez Permanente Total quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado ou ao(s) beneficiário(s), de uma só vez, uma indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura, de acordo com a “Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente”, descrita no item 3.8 abaixo.
- 3.3. QUANDO DE UM MESMO ACIDENTE pessoal coberto RESULTAR INVALIDEZ DE MAIS DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado. Da mesma forma, HAVENDO 2 (DUAS) OU MAIS LESÕES EM UM MESMO MEMBRO OU

ÓRGÃO, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

- 3.4. A perda de dentes e os Danos Estéticos não dão direito à Indenização por invalidez permanente total por Acidente Pessoal coberto prevista para a presente Cobertura.
- 3.5. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE TRATA ESSA COBERTURA, DEVENDO SER COMPROVADA POR RELATÓRIO MÉDICO.
- 3.6. Os capitais segurados da cobertura básica de Morte – M e da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não se acumulam. Se depois de pagar uma indenização por IPTA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte, deduzido o valor já pago pela IPTA.
- 3.7. Os capitais segurados da cobertura básica de Morte Acidental – MA e da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPTA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a morte acidental, deduzido o valor já pago pela IPTA.
- 3.8. TABELA PARA O CALCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE: caracterizada a cobertura de invalidez permanente total por acidente, conforme previsto nesta condição especial, a Indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

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

- 3.9. A indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, mesmo que do mesmo acidente pessoal coberto tenha resultado mais de uma situação prevista na tabela acima.
- 3.10. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS E DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL CONFORME INDICADO NA ALÍNEA “B” DO ITEM 2.1 DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES DAS CONDIÇÕES

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

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

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

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

6. DATA DO EVENTO

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

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

- a) Com o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
- b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

-
- 9.2. Não haverá Indenização nos casos de perda parcial ou redução de funções de membros e/ou órgãos, sem que haja caracterização de invalidez permanente e total por Acidente Pessoal, nos termos desta Condição Especial.
 - 9.3. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à Indenização total. Para efeito de Indenização, a perda ou maior Redução Funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
 - 9.4. As demais regras para análise e regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) a antecipação do pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura básica de Morte – M, caso seja caracterizada a invalidez funcional permanente e total consequente de doença, que cause a perda da independência do Segurado, sob critérios devidamente especificados na cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial, ocorrida durante a Vigência do Seguro, observados os Riscos Excluídos o prazo de Carência e as demais disposições contratuais.
- 1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. **Agravos Mórbidos:** piora de uma doença.

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

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

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

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

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

2.1.7. **Cardiopatia Grave:** doença relacionada às afecções do coração considerada grave, e que atenda os seguintes critérios de forma conjunta:

- Classe funcional III ou IV segundo a NYHA (New York Heart Association);
- Fração de ejeção mensurada no ecodopplercardiograma inferior a 0,35% (trinta e cinco centésimos por cento) e;
- Que estejam otimizados todos os recursos terapêuticos aplicados à cardiopatia por um ano consecutivo e ininterrupto sem levar à melhora da condição clínica do Segurado.

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

-
- 2.1.9. Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.1.10. Consumção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.1.11. Dados Antropométricos:** peso e a altura do segurado.
- 2.1.12. Deficiência Visual:** perda total ou parcial, congênita ou adquirida, da visão segundo os critérios da Sociedade Brasileira de Oftalmologia. Não são deficientes visuais pessoas com doenças como miopia, astigmatismo ou hipermetropia.
- 2.1.13. Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes causadores de doença.
- 2.1.14. Doenças Crônicas:** doenças com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.1.15. Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.1.16. Doenças Crônicas de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.1.17. Doença em Estágio Terminal:** estágio da doença sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo Médico Assistente. A prova consistirá em atestado emitido por Médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do Segurado, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.
- 2.1.18. Doenças Neoplásicas Malignas Ativa:** crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.
- 2.1.19. Doenças Profissionais:** aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.1.20. Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.1.21. Etiologia:** estudo das causas de cada doença.
- 2.1.22. Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.1.23. Hígido:** saudável.
- 2.1.24. Impotência Funcional:** é a alteração da função orgânica ou de partes do organismo, que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.

-
- 2.1.25. **Perda da Existência Independente do Segurado:** ocorrência de Quadro Clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das suas relações autonômicas.
- 2.1.26. **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e término de uma doença.
- 2.1.27. **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.1.28. **Recidiva:** reaparecimento de uma doença.
- 2.1.29. **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.1.30. **Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.1.31. **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.
- 2.1.32. **Sequela:** perda funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.1.33. **Transferência Corporal:** capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro andando.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Considera-se "risco coberto" a ocorrência, comprovada segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e aplicadas pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do segurado provenientes exclusivamente de:
- Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave", de acordo com a definição constante na cláusula 2 – DEFINIÇÕES, desta Condição Especial;
 - Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição) **única e exclusivamente em decorrência de doença**;
 - Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de 2 (dois) membros, em grau máximo;
 - Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - Deficiência visual, **decorrente das doenças listadas abaixo:**
 - Cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 (zero vírgula três) e 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;

- Casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º (sessenta graus); ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
- h) Doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de 2 (dois) membros;
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das 2 (duas) mãos ou de 2 (dois) pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2. Demais Riscos Cobertos:

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

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

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

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADA NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1 E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, AINDA QUE REDUNDANDO EM QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE INVIBILIZE DE FORMA IRREVERSÍVEL O PLENO EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES AUTONÔMICAS DO SEGURADO, COM PERDA DA SUA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADA A:

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

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. A Indenização corresponde à 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura básica de Morte – M como antecipação a esta, devido na ocorrência do Sinistro coberto pela Apólice vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.
- 5.2. Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado será realizado sob a forma de parcela única.
- 5.3. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Para esta Cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data da caracterização da Invalidez Funcional e Permanente Total por Doença, indicada no Relatório Médico de que trata a cláusula 9 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, desta Condição Especial.
- 6.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por Médico que esteja assistindo o Segurado e, na ausência deste, por profissional Médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais Médicos em qualquer tempo.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:
 - a) Por ser a presente Cobertura uma antecipação da Cobertura básica de Morte, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a Cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro para o Segurado. Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos com atualização monetária;
 - b) Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
 - c) Com o pagamento do Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1.** Para a análise e regulação de Sinistro relacionado à presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
- a) No caso de Segurado assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
 - b) Relatório do médico-assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado;
 - c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no Relatório Médico;
 - d) Exames e relatórios médicos que confirmem a ocorrência de Evento Coberto;
 - e) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do Segurado;
 - f) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
 - g) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente homologado no TRT ou sindicato, se houver;
 - h) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
 - i) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
 - j) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do Estipulante ou Subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
 - k) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
 - l) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o Segurado sinistrado deverá constar declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
 - m) No caso de Capital Segurado escalonado por tipo de Categoria Profissional, será solicitado o Estipulante ou Subestipulante documentos que comprovem o tipo de vínculo, bem como o Cargo/Função dos Segurados, para comprovação do número de Vidas no momento do sinistro;
 - n) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal.
- 9.2.** Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, relatório emitido por Médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 9.3.** Na ausência de Médico que tenha assistido o Segurado, será aceito profissional Médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais Médicos em qualquer tempo.
- 9.4.** Se durante a regulação do sinistro não for comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como a Cobertura básica de Morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

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

10.0 NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

- 10.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante de que trata essa Cobertura, devendo ser comprovada por Relatório Médico.
- 10.2. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

11. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

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

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

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS EM CASO DE MORTE – VRM

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura se contratada, **exclusivamente pelo estipulante**, tem como objetivo garantir o reembolso ao beneficiário de valores referente as despesas líquidas com o pagamento de verbas rescisórias cobertas, em caso de falecimento do segurado (empregado), até o limite do capital segurado contratado, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. **Estão cobertas exclusivamente as seguintes verbas rescisórias:** saldo de salário (correspondente aos dias trabalhados pelo funcionário no mês da rescisão), aviso prévio indenizado e proporcional ao tempo de serviço, férias vencidas e/ou proporcionais acrescidas de 1/3 (um terço) constitucional, 13º (décimo terceiro) salário proporcional e multa de 40% (quarenta por cento) sobre o saldo do FGTS.
- 1.3. **Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas condições gerais.**
- 1.4. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte – M e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura para a cobertura de Morte – M.
- 1.5. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Verbas Rescisórias em caso de Morte Acidental – VRMA.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, também se aplica a esta cobertura a seguinte definição:
 - 2.1.1. **Verbas Rescisórias:** Valor devido pelo Empregador ao(s) herdeiro(s) do segurado por extinção do Contrato de Trabalho em razão de seu falecimento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADOS À MORTE CAUSADA POR ATO CULPOSO OU DOLOSO DO ESTIPULANTE OU DO SUBESTIPULANTE, NA CONDIÇÃO DE EMPREGADOR DO SEGURADO.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. 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. DATA DO EVENTO

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

- 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. BENEFICIÁRIO

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

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

9.1.1. Para o caso de Morte Natural:

- a) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- c) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
- d) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte devidamente homologado no TRT ou sindicato com a discriminação das verbas rescisórias;
- e) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
- f) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
- g) Cartão do CNPJ da Empresa/Contrato Social;
- h) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
- i) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
- j) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;

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

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

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS POR MORTE ACIDENTAL – VRMA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura poderá ser contratada **exclusivamente pelo estipulante**, com o objetivo de garantir ao beneficiário o reembolso ao beneficiário de valores referentes as despesas líquidas com o pagamento de verbas rescisórias cobertas, em caso de falecimento do segurado (empregado), **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, até o limite do capital segurado contratado, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. **Estão cobertas exclusivamente as seguintes verbas rescisórias:** saldo de salário (correspondente aos dias trabalhados pelo funcionário no mês da rescisão), aviso prévio indenizado e proporcional ao tempo de serviço, férias vencidas e/ou proporcionais acrescidas de 1/3 (um terço) constitucional, 13º (décimo terceiro) salário proporcional e multa de 40% (quarenta por cento) sobre o saldo do FGTS.
- 1.3. **Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas condições gerais.**
- 1.4. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte Acidental – MA e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura para a cobertura de Morte Acidental – MA.
- 1.5. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Verbas Rescisórias em caso de Morte – VRM.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, também se aplica a esta cobertura a seguinte definição:

2.1.1. Verbas Rescisórias: Valor devido pelo Empregador ao(s) herdeiro(s) do segurado por extinção do Contrato de Trabalho em razão de seu falecimento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS OS EVENTOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADOS À MORTE CAUSADA POR ATO CULPOSO OU DOLOSO DO ESTIPULANTE OU DO SUBESTIPULANTE, NA CONDIÇÃO DE EMPREGADOR DO SEGURADO.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. 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. DATA DO EVENTO

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

- 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. BENEFICIÁRIO

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

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- a) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
- b) Formulário de "Autorização de Pagamento de Sinistro – Crédito em conta – Registro de Informações Cadastrais – Pessoa Jurídica", preenchido e assinado pelos representantes legais do beneficiário;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, se houver;
- d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH do segurado, se for acidente de trânsito (e quando o segurado for o motorista);
- e) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
- f) Laudo de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico legal – IML (caso o segurado tenha sido condutor no veículo envolvido no acidente);
- g) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local (se houver);
- h) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
- i) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte devidamente homologado no TRT ou sindicato com a discriminação das verbas rescisórias;
- j) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
- k) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
- l) Cartão de CNPJ da Empresa/Contrato Social;

-
- m) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
 - n) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
 - o) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
 - p) Formulário de Registro de Informações Cadastrais (Pessoa Jurídica) e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo representante legal do beneficiário.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, a antecipação do pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à Cobertura básica de Morte ao próprio segurado, caso este seja considerado paciente terminal, conforme definido na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES desta condição especial, ocorrido durante a vigência do Seguro e **após o período de carência definido na Cláusula 6 – CARENCIA** desta condição especial, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas condições gerais.
- 1.3. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD-A.

2. DEFINIÇÕES

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. 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. DATA DO EVENTO

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

6. CARÊNCIA

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

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

- a) Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
- b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção integral do seguro.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- a) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do Segurado;
- b) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu representante legal;
- c) No caso de Segurado assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- d) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
- e) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
- f) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
- g) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do Estipulante ou Subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
- h) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
- i) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
- j) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
- k) Relatório Médico com indicação do estágio da doença, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais, que comprove a doença em fase terminal da pessoa que sofreu o sinistro e ateste o tempo esperado de sobrevida, emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE – AA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado ao beneficiário, a título de auxílio alimentação, em caso de falecimento do segurado, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas condições gerais.
- 1.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte – M.
- 1.4. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Auxílio Alimentação por Morte Acidental – AAMA.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. 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.
- 3.2. O pagamento do capital segurado desta cobertura está condicionado ao pagamento da cobertura básica de Morte – M.

4. DATA DO EVENTO

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura cessa:
 - a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura;

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

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

7.1.1. Para o caso de Morte Natural:

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

7.1.2. Para os casos de Morte Acidental:

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

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

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

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL – AAMA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s), a título de auxílio alimentação, em caso de falecimento do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.
- 1.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte Acidental – MA.
- 1.4. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Auxílio Alimentação por Morte – AA.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. 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.
- 3.2. O pagamento do capital segurado desta cobertura está condicionado ao pagamento da cobertura básica de Morte Acidental – MA.

4. DATA DO EVENTO

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta Cobertura cessa:
 - a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura;

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

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo Segurado, para seu tratamento sob orientação médica, limitado ao valor do capital segurado contratado, **decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal coberto**, ocorrido durante a vigência do seguro e **desde que os tratamentos sejam iniciados nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do acidente pessoal**, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. A Seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços, colocando-os à livre disposição e escolha do Segurado.
- 1.3. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.
- 1.4. **Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS INDICADOS NA CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, ALÍNEA B) E NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, TAMBÉM ESTÃO EXCLUÍDOS OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA E/OU RELACIONADOS A:
A) ESTADO DE CONVALESCÊNCIA (APÓS ALTA MÉDICA);
B) DESPESAS DE ACOMPANHANTES; E
C) APARELHOS QUE SE REFEREM A ÓRTESE DE QUALQUER NATUREZA E PRÓTESE DE CARÁTER PERMANENTE, SALVO AS PRÓTESES PELA PERDA DE DENTES NATURAIS.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. 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.

4. DATA DO EVENTO

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

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado de forma automática após cada acidente, de acordo com as demais disposições desta Cobertura, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

8. BENEFICIÁRIO

8.1. Para efeito desta Cobertura, para fins de reembolso, o Beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas por Acidente Pessoal, mediante apresentação das notas fiscais originais.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

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

-
- I) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
 - m) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s).
- 9.3. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda, da data do efetivo pagamento efetuado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.
- 9.4. As demais regras para análise e regulação de Sinistro relacionadas a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE – DD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado complementar a indenização por morte natural ou accidental do segurado, a título de auxílio ao custeio de despesas diversas não comprováveis, ocorrido durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.
- 1.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte – M.
- 1.4. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Despesas Diversas por Morte Acidental – DDMA.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. 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.

4. DATA DO EVENTO

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais, esta cobertura cessa:
 - a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura;
 - b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

7.1.1. Para o caso de Morte Natural:

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

7.1.2. Para o caso de Morte Acidental:

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

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

-
- c) Laudo de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML (caso o segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente);
 - d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
 - e) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver.
- 7.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL – DDMA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado complementar a indenização por morte acidental do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, a título de auxílio ao custeio de despesas diversas não comprováveis, ocorrido durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.
- 1.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte Acidental – MA.
- 1.4. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Despesas Diversas por Morte – DD.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. 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.

4. DATA DO EVENTO

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:
 - a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura;
 - b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado complementar a indenização por invalidez permanente total do segurado, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, a título de auxílio ao custeio de despesas diversas não comprováveis, ocorrido durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.
- 1.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA ou Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. 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.

4. DATA DO EVENTO

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE – IAC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal, garantindo o pagamento de capital segurado contratado aos beneficiários, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. Esta cobertura possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o segurado principal:
 - a) Morte – M
 - b) Morte Acidental – MA
 - c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
 - d) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
- 1.3. Se contratada esta cobertura pelo estipulante/subestipulante, participarão do presente seguro, automaticamente os cônjuges/companheiros de todos os segurados principais.
- 1.4. Esta cobertura suplementar não se aplica se o cônjuge ou companheiro(a) e o segurado principal forem vinculados ao mesmo estipulante por meio empregatício ou associativo, não sendo permitida a participação simultânea no seguro na condição de “segurado principal e cônjuge/companheiro(a)”. Se ambos se candidatarem ao ingresso na apólice, somente poderão fazê-lo na condição de segurados principais.
- 1.5. A cobrança do prêmio relativo ao segurado dependente será feita em conjunto com o prêmio de seguro do segurado principal e em conformidade com as condições gerais da apólice.
- 1.6. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas condições gerais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado do cônjuge/companheiro(a) incluído automaticamente será definido no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

4. DATA DO EVENTO

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

5. CARÊNCIA

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

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

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

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

- 8.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL destas condições gerais, esta cobertura cessa:
- Com o cancelamento desta cobertura;
 - Quando for cancelada, por qualquer motivo, a cobertura contratada para o segurado principal;
 - Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
 - Na ocorrência de separação judicial/de fato ou divórcio;
 - No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, quando se tratar de companheiro(a);
 - Dissolução da união estável;
 - Com a morte do segurado principal ou cônjuge/companheiro(a), sua invalidez permanente total por acidente ou sua invalidez funcional permanente e total por doença; e
 - Com a inclusão do segurado dependente como segurado em outra apólice deste mesmo plano de seguro.

9. BENEFICIÁRIO

- 9.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será:

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

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
- a) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do cônjuge;
 - b) Cópia da Certidão de Óbito do cônjuge/companheiro(a);
 - c) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do segurado;
 - d) Se o cônjuge/companheiro(a) for beneficiário do seguro, para os casos de comprovação de união estável:
Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada, emitida após o óbito, ou de comprovação da união estável por ocasião do sinistro, tais como:
 - i. Termo de concessão expedido pelo INSS de pensão;
 - ii. Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o companheiro como dependente;
 - iii. Conta bancária conjunta; ou
 - iv. Escritura de compra e venda ou contrato realizado pelo cônjuge;
 - e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, se houver;
 - f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH do cônjuge, se for acidente de trânsito (e quando o Cônjuge/companheiro(a) for o motorista);
 - g) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
 - h) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver;
 - i) Laudo de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML (caso o segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente);
 - j) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
 - k) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
 - l) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
 - m) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
 - n) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
 - o) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
 - p) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro preenchido e assinado pelo beneficiário ou pelo seu representante legal.
- 10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir todo(s) o(s) filho(s) do segurado principal, garantindo o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) do seguro, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. Esta cobertura possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o segurado principal:
 - a) Morte – M
 - b) Morte Acidental – MA
- 1.3. Se contratada esta cobertura pelo estipulante/subestipulante, participarão automaticamente do presente seguro todos os filhos do segurado principal, desde que estejam em perfeitas condições normais de saúde.
 - 1.3.1. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado o filho dependente do segurado que tiver maior capital segurado, ou no caso de capitais equivalentes, daquele que possuir maior idade.
- 1.4. Não podem participar desta cobertura, o(s) filho(s) que já faça(m) parte do grupo segurado como principal na data do evento.
- 1.5. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:
 - a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o translado, até o limite do capital segurado para filhos; e
 - b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.
- 1.5.1. Não haverá cobertura com base na condição estabelecida no item acima caso tenha sido contratado o plano familiar da cobertura adicional de Decessos e esta for acionada em consequência da morte do dependente filho ou enteado.
- 1.6. A cobrança do prêmio relativo ao segurado dependente será feita em conjunto com o prêmio de seguro do segurado principal e em conformidade com as condições gerais da apólice.
- 1.7. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado da(s) cobertura(s) do(s) filho(s) corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de evento coberto, sendo limitado à **50% (cinquenta por cento)** do capital segurado contratado pelo segurado principal para a respectiva cobertura, respeitando expressamente os limites estabelecidos na apólice.

4. DATA DO EVENTO

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

5. CARÊNCIA

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

7. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

- 7.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- a) Na data do início da cobertura do risco individual do segurado principal; e
- b) Na data da inclusão da condição na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

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

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

- a) Com o cancelamento desta cobertura;
- b) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a cobertura contratada para o segurado principal;
- c) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
- d) No caso de término da condição de dependente, conforme previsto na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES, das condições gerais;
- e) Com a morte do segurado principal ou do(s) filho(s), com invalidez permanente total por acidente ou com invalidez funcional permanente e total por doença do segurado principal;
- f) Com a inclusão do segurado dependente como segurado de outra apólice deste mesmo plano de seguro.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será:

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

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- a) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do filho;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do filho;
- c) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do segurado;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, se houver;
- e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH do filho, se for acidente de trânsito (e quando o filho for o motorista);
- f) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
- g) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver;
- h) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
- i) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
- j) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
- k) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP;
- l) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
- m) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
- n) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro preenchido e assinado pelo beneficiário ou seu representante legal.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS – DCF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado contratado, quando ocorrer o nascimento com vida do(s) filho(s) do segurado, portador(es) de doença(s) congênita(s), ocorrido durante a vigência do seguro, **observados o período de carência, os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, também se aplica à presente cobertura, a seguinte definição:
 - 2.1.1. **Doença Congênita:** doença adquirida antes do nascimento ou até completar o 1º (primeiro) ano de vida resultante da má formação do organismo, seja qual for a sua causa e que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de nascimento com vida de filho do segurado, que apresente doença congênita devidamente comprovada por médico habilitado.
- 3.2. Não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.
- 3.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, ITEM 2.1, ALÍNEA “B” E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL OS SEGUINTESEVENTOS:
 - A) DOENÇAS CONGÊNITAS DECORRENTES DO USO DE ENTORPECENTES, MEDICAMENTOS, DROGAS OU PROCEDIMENTOS NÃO RECOMENDADOS DURANTE O PERÍODO DE GESTAÇÃO;
 - B) DOENÇAS CONGÊNITAS DECORRENTES DE FATOR AMBIENTAL, NO QUAL SEJA CONSTATADO E/OU DECLARADO PELAS INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS OU DE RESPONSABILIDADE PÚBLICA OU PRIVADA;
 - C) DOENÇAS CONGÊNITAS DECORRENTES PELO MAU USO OU INABILIDADE DE PRODUTOS QUÍMICOS, OU DEMAIS CATEGORIAS DE PRODUTOS RECONHECIDAMENTE PREJUDICIAIS À SAÚDE.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de evento coberto, sendo limitado à **50% (cinquenta por cento)** do capital segurado contratado para a cobertura básica do segurado principal, respeitando expressamente os limites estabelecidos na apólice.
- 5.2. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto com doença congênita para os filhos nascidos vivos, o capital segurado será dividido em proporções iguais pelo número de filhos nascidos vivos e diagnosticados com a doença.
- 5.3. No caso de ambos os pais serem segurados principais, a seguradora considerará, para efeito de indenização, apenas o segurado que tiver o maior capital segurado contratado, ou no caso de capitais equivalentes, daquele que possuir maior idade.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento cobertura, para efeito de apuração e determinação do capital segurado, a data do diagnóstico médico da doença congênita, desde que efetuado entre a data de nascimento até o 1º (primeiro) ano de vida do filho do segurado principal.

7. CARÊNCIA

- 7.1. O período de carência para esta cobertura, se aplicada, será de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, a contar da data do início da vigência do seguro ou da inclusão da cobertura adicional e estará indicado na apólice do seguro.
- 7.2. Somente terão cobertura os casos que não tenham conhecimento ou da preexistência de doença congênita ou de qualquer outra anormalidade no período de gestação até a conclusão do período de carência.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

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

- 9.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL destas condições gerais, esta cobertura cessa:
 - a) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
 - b) Com o cancelamento da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF.

10. BENEFICIÁRIO

- 10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o próprio segurado principal.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 11.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
- a) Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
 - b) Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
 - c) Exames e laudos médicos que comprovem a doença congênita do filho do segurado;
 - d) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho;
 - e) Cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS: página da foto, qualificação civil, admissão do contrato de trabalho;
 - f) Cópia de Ficha de Registro de Empregado;
 - g) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
 - h) Cópia do contrato social, ata de assembleia, ata de eleição ou Estatuto Social do estipulante ou subestipulante, em caso de sócios ou diretores que não constem na listagem do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los;
 - i) Declaração atualizada da Junta Comercial em que a empresa estiver registrada, comprovando a quantidade atual de sócios no Contrato Social da empresa;
 - j) Cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED ou GFIP ou registro no eSocial ou outro documento oficial que vier a substituí-los, onde o segurado sinistrado deverá constar e declaração da empresa informando a quantidade de funcionários afastados no mês do evento em papel timbrado e carimbado;
 - k) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro preenchido e assinado pelo beneficiário ou seu representante legal.
- 11.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado o evento coberto) estão indicados na cláusula 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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