

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Condições Gerais

Versão 10.0

CNPJ 54.484.753/0001-49
Processo SUSEP nº 10.005288/99-11

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA	7
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	7
2. DEFINIÇÕES	7
3. COBERTURAS DO SEGURO	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	11
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	12
6. INCLUSÃO DO SEGURADO	12
7. CARÊNCIA.....	12
8. FRANQUIA.....	13
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	13
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	13
11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE.....	13
12. CAPITALS SEGURADOS	14
13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	14
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	14
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO	15
16. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	15
17. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA	15
18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	15
19. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA.....	16
20. CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA.....	16
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	16
22. PERDA DE DIREITOS	18
23. BENEFICIÁRIOS.....	19
24. SUB-ROGAÇÃO	19
25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	19
26. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	20
27. DISPOSIÇÕES FINAIS	20
28. FORO.....	20

CONDIÇÃO ESPECIAL

ANTECIPAÇÃO DE INDENIZAÇÃO EM FASE TERMINAL	21
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	21
2. CAPITAL SEGURADO	21
3. CARÊNCIA.....	21
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	21
5. DISPOSIÇÃO FINAL.....	22

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE	23
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	23
2. DEFINIÇÃO.....	23
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	23
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	24

5. PRÊMIO	24
6. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	24
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	24
8. DISPOSIÇÃO FINAL	25

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE 26

1. OBJETIVO DO SEGURO	26
2. DEFINIÇÃO	26
3. RISCOS EXCLUÍDOS	26
4. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ	27
5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	28
6. PRÊMIO	28
7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	28
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	28
9. DISPOSIÇÃO FINAL	29

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE 33

1. OBJETIVO DO SEGURO	33
2. DEFINIÇÃO	33
3. RISCOS EXCLUÍDOS	33
4. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ	34
5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	34
6. PRÊMIO	34
7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	34
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	35
9. DISPOSIÇÃO FINAL	35

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE..... 37

1. OBJETIVO DO SEGURO	37
2. DEFINIÇÕES	37
3. DA COBERTURA	38
4. RISCOS COBERTOS	38
5. RISCOS EXCLUÍDOS	39
6. CARÊNCIA	39
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	39
8. CAPITAIS SEGURADOS	39
9. PRÊMIO	39
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	39
11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA	40
12. PERÍCIA MÉDICA	40
13. JUNTA MÉDICA	40
14. CANCELAMENTO DO SEGURO	41
15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	41

16. DISPOSIÇÃO FINAL.....	41
CONDIÇÃO ESPECIAL	
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – COBERTURA AUTÔNOMA	43
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	43
2. DEFINIÇÕES	43
3. DA COBERTURA.....	44
4. RISCOS COBERTOS	44
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	45
6. CARÊNCIA.....	45
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	45
8. CAPITALS SEGURADOS	45
9. PRÊMIO	45
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	45
11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	46
12. PERÍCIA MÉDICA	46
13. JUNTA MÉDICA	46
14. CANCELAMENTO DO SEGURO	47
15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	47
16. DISPOSIÇÃO FINAL.....	47
CONDIÇÃO ESPECIAL	
COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA.....	49
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	49
2. DEFINIÇÃO.....	49
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	49
4. ELEGIBILIDADE	50
5. CAPITAL SEGURADO	50
6. PRÊMIO	50
7. CARÊNCIA.....	50
8. FRANQUIA.....	50
9. LIMITE DE DIÁRIAS	50
10. PERÍCIA MÉDICA	51
11. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA	51
12. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	51
13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	51
14. DISPOSIÇÃO FINAL.....	52
CONDIÇÃO ESPECIAL	
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS	53
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	53
2. DEFINIÇÃO.....	53
3. GRUPO SEGURADO.....	53
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	53
5. CARÊNCIA.....	53
6. CAPITAL SEGURADO	53

7. PRÊMIO	53
8. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	53
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	53
10. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	54
11. DISPOSIÇÃO FINAL	54
CONDIÇÃO ESPECIAL	
COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL	55
1. OBJETIVO DO SEGURO	55
2. RISCOS EXCLUÍDOS	55
3. PRÊMIO	55
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	55
5. DISPOSIÇÃO FINAL	56
CONDIÇÃO ESPECIAL	
COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO	57
1. OBJETIVO DO SEGURO	57
2. RISCOS EXCLUÍDOS	57
3. PRÊMIO	57
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	57
5. DISPOSIÇÃO FINAL	57
CONDIÇÃO ESPECIAL	
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE	
1. OBJETIVO DO SEGURO	58
2. CONCEITO	58
3. INCLUSÃO NO SEGURO	58
4. RISCOS EXCLUÍDOS	58
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE	58
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE	58
7. CAPITAL SEGURADO	58
8. PRÊMIO	59
9. BENEFICIÁRIO	59
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR	59
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	59
12. DISPOSIÇÃO FINAL	59
COBERTURA ESPECIAL	
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE	60
1. OBJETIVO DO SEGURO	60
2. CONCEITO	60
3. INCLUSÃO NO SEGURO	60
4. RISCOS EXCLUÍDOS	60
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE	60
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE	60
7. CAPITAL SEGURADO	60
8. PRÊMIO	60

9. BENEFICIÁRIO.....	61
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	61
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	61
12. DISPOSIÇÃO FINAL.....	61
COBERTURA ESPECIAL	
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS.....	62
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	62
2. CONCEITO	62
3. INCLUSÃO NO SEGURO.....	62
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	62
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	62
6. TÉRMINO DO SEGURO DO(S) FILHO(S)	62
7. CAPITAL SEGURADO	62
8. PRÊMIO	63
9. BENEFICIÁRIO.....	63
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	63
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	63
12. DISPOSIÇÃO FINAL.....	63
CONDIÇÃO ESPECIAL	
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTE TÉCNICO.....	64
OUVIDOR.....	65

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao próprio segurado, ou seu(s) beneficiário(s), caso ocorra algum dos riscos nele previstos, os quais foram contratados pelo estipulante, e indicados na proposta de adesão, nas condições contratuais e no certificado Individual e desde que o evento que deu causa ao risco não se enquadre como excluído da cobertura securitária.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

- a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado 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 acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.

2.1.2. **Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:**

- a) **as doenças, inclusive 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 conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, a qualquer momento; e**
- 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. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

- 2.3. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.

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

- 2.5. **Carência:** período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

- 2.6. **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.

- 2.7. **Cobertura:** compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

- 2.8. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.9. Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.10. 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.
- 2.11. Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.12. Doença ou Deficiência Preexistente:** toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica, ou motora ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas conseqüências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.
- 2.13. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificada como estipulante-instituidor, quando participar total ou parcialmente do custeio do plano, e como estipulante-averbador, quando não participar do custeio.
- 2.14. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.
- 2.15. Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice, em determinado período.
- 2.16. Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 2.17. Garantias:** as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 2.18. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.19. Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.20. Indenização:** pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).
- 2.21. Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.
- 2.22. Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.23. Moradia Habitual:** lugar em que a pessoa tem sua habitação ordinária ou em que mantém a sua residência habitual no Brasil.
- 2.24. Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.25. Período de Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.
- 2.26. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.
- 2.27. Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os percentuais ou valores de carregamento e os impostos.
- 2.28. Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.29. Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente pessoa física manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.
- 2.30. Riscos Excluídos:** os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.31. Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.32. Seguradora:** a MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A., companhia de seguros devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas nos termos das condições contratuais.

- 2.33. **Seguro Contributário:** aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.34. **Seguro Não Contributário:** aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.
- 2.35. **Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.
- 2.36. **Traslado:** transporte do corpo do local do óbito até o local de sepultamento no Brasil.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. COBERTURAS BÁSICAS

3.1.1. MORTE

3.1.1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

3.1.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovado mediante Certidão de Óbito.

3.1.1.3. Para menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

3.1.2. DECESSOS

3.1.2.1. Garante a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação, respeitando o limite do capital segurado para esta cobertura estipulado na proposta de adesão e acordado no contrato, em caso de falecimento do segurado titular ou dependente designado no seguro.

3.1.2.2. Em caso de falecimento do(a) cônjuge, filhos, pais ou sogros do segurado designados nos seguros contratados com participação dos mesmos, a prestação dos serviços funerários será extensiva também a eles.

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

3.1.2.4. Na hipótese do beneficiário escolher o reembolso, desde que seja solicitado expressamente pelo beneficiário, o valor do reembolso ficará limitado ao valor da Nota Fiscal, respeitando o capital segurado contratado.

3.1.2.5. Entende-se por “serviço de sepultamento ou cremação” a cobertura das despesas do funeral, conforme os itens abaixo relacionados:

- Urna/caixão;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual);
- Carreto/caixão (no município de moradia habitual);
- Serviço assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
- Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
- Repatriamento (até o município de moradia habitual);
- Paramentos (essa);
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- Véu; e
- Um enfeite e uma coroa.

3.1.2.6. COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO

3.1.2.6.1. Garante o pagamento de uma indenização para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro até o dobro do valor do capital segurado contratado na cobertura de decessos, ao beneficiário

responsável pela aquisição, designado pelo segurado na proposta de adesão, caso o segurado venha a falecer em consequência de causas naturais ou acidentais, respeitando os capitais e respectivos limites descritos nas condições contratuais.

3.1.2.6.2. Nos planos familiares, além do segurado, esta cobertura poderá ser concedida ao(à) cônjuge, filhos, pais e sogros quando contratado. No caso de falecimento do(a) cônjuge, filho maior de 14 (quatorze) anos, pais ou sogros a seguradora garante o pagamento de uma verba para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro de até o dobro do valor do capital segurado contratado na cobertura de decessos ao próprio segurado.

3.1.2.6.3. **Esta indenização será paga de uma única vez no seguro, ou seja, após ter sido paga a primeira verba para aquisição do jazigo ao beneficiário responsável, a cobertura estará automaticamente excluída do seguro.**

3.1.2.7. Alcance da Cobertura

3.1.2.7.1. O objetivo da cobertura de decessos é a prestação do serviço funeral ou o reembolso das despesas com funeral e/ou o pagamento de um capital para fins de sepultamento ou, se for o caso, da cremação em consequência do falecimento de qualquer um dos segurados devidamente inclusos no mesmo.

3.1.2.7.2. O objetivo da cobertura de jazigo é o pagamento de um capital para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro

3.1.2.7.3. Não obstante o acima mencionado, os beneficiários do falecido poderão substituir o recebimento do Reembolso pela Prestação de Serviço.

3.1.2.7.4. 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 das despesas, observando o limite do valor da Nota fiscal e do capital segurado contratado.

3.1.2.8. OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

3.1.2.8.1. A família deverá fornecer à seguradora ou facilitar-lhe o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias do sinistro. O não-cumprimento desta obrigação dará lugar à perda de direito à indenização no caso de culpa grave do segurado.

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

3.1.2.9. SERVIÇO E/OU PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

3.1.2.9.1. A seguradora providenciará os serviços funerários, e os custos serão pagos diretamente à funerária do município, **limitados ao capital segurado.**

3.1.2.9.2. Se o pagamento das despesas for efetuado por um representante da família do segurado, o mesmo será ressarcido mediante a apresentação dos comprovantes originais do pagamento. A seguradora efetuará o pagamento até o limite das despesas efetuadas, ou seja, desde que o valor não ultrapasse o capital segurado individual contratado.

3.1.2.9.3. **A seguradora poderá solicitar o aumento do capital segurado para atender os eventuais aumentos dos custos dos serviços prestados pelas empresas funerárias. Caso tal solicitação não seja aceita pelo segurado, a seguradora ficará obrigada apenas a indenizar o valor do capital segurado contratado.**

3.1.2.10. ABRANGÊNCIA DA COBERTURA

3.1.2.10.1. Esta cobertura abrange o segurado devidamente incluído no seguro por meio da proposta de adesão.

3.1.2.11. FORMA DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO

3.1.2.11.1. A família poderá acionar a seguradora por telefone para comunicar o óbito e solicitar os serviços funerários e de assistência. A seguradora enviará um representante que:

- a) em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:**
- se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
 - irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e

- retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas.

b) em caso de falecimento no município de moradia habitual no Brasil com sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:

- se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto 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.);
- irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
- retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas.

c) em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:

- 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, onde será prestado também o serviço de sepultamento.

d) em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:

- prestará o serviço no local do óbito, preparando toda a documentação necessária para o traslado do corpo e para o sepultamento em outro município; e
- o traslado do corpo será reembolsado pela seguradora, limitado aos valores equivalentes aos que seriam despendidos para o traslado à sua moradia habitual no Brasil.

3.1.2.12. SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SEPULTAMENTO

3.1.2.12.1. Para utilizar o Decessos, o segurado, ou seus familiares, contará com a “Assistência 24 Horas”, que pode ser acessada pelo(s) telefone(s) constante(s) no(s) documento(s) encaminhado(s) ao(s) segurado(s).

3.1.3. As coberturas de morte e decessos poderão ser contratadas em conjunto ou separadamente.

3.2. COBERTURAS ADICIONAIS

3.2.1. Este seguro pode contemplar coberturas adicionais, que terão condições especiais e serão mencionadas no certificado individual, se contratadas.

3.3. COBERTURAS SUPLEMENTARES

3.3.1. Este seguro pode contemplar coberturas suplementares, que terão condições especiais e serão mencionadas no certificado individual, se contratadas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Estarão excluídos da Cobertura de Morte e Decessos do seguro os eventos ocorridos em consequência de:**

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se for comprovado que o sinistro tenha ocorrido pela utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;**
- c) doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;**
- d) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme previsto no art. 762 do Código Civil vigente;**
- e) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;**
- f) suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;**

- g) inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
- h) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas e desde que declaradas por órgão competente;
- i) dolo do segurado, exceto quando o dano tiver sido produzido para evitar um mal maior;
- j) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de prática de esporte, legítima defesa ou estado de necessidade;
- k) intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- l) imprudência ou negligência grave do segurado, assim declarado judicialmente, bem como atos contrários à lei;
- m) doação e transplante intervivos;
- n) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o segurado estiver no exercício de prática de esportes; e
- o) o segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação apropriada.

4.2. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo com documentação hábil, 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.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. COBERTURA DE MORTE

5.1.1. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5.2. COBERTURA DE DECESSOS

5.2.1. A cobertura deste seguro abrange a morte do segurado em qualquer parte do globo terrestre, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restrito ao território brasileiro, porém com a prestação de serviço de traslado de qualquer parte do mundo até o município de moradia habitual no Brasil.

5.2.1.1. Para fins de decessos, será considerado “endereço de domicílio” o endereço de moradia habitual do segurado no Brasil.

5.2.2. Para fins de decessos, será considerado “endereço de domicílio” o endereço de moradia habitual do segurado no Brasil.

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

6.1. A inclusão do(s) segurado(s) na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde, podendo ser compulsória ou facultativa.

7. CARÊNCIA

7.1. Além da carência legalmente prevista de 2 (dois) anos para o suicídio, poderá ser aplicada uma carência de no mínimo 30 (trinta) dias, contados da data de início de vigência do respectivo risco individual, exceto para os casos de acidente.

7.2. Adotada a carência do item anterior, ao estipulante e ao segurado fica assegurada a prorrogação automática de sua inclusão no seguro por período correspondente à carência fixada, desde que o segurado mantenha o vínculo com o estipulante.

7.3. Caso o segurado contrate o Plano somente com a Cobertura de Decessos e após o início de vigência opte por contratar a Cobertura de Aquisição de Jazigo, será aplicada uma carência de 60 (sessenta) dias para esta cobertura, contados da data de inclusão da Cobertura Aquisição de Jazigo, exceto para os casos de acidente.

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

- 7.5. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de 2 (dois) anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

8. FRANQUIA

- 8.1. Poderá ser aplicada uma franquia de no mínimo 15 (quinze) dias a contar da data da ocorrência do evento coberto, somente para a cobertura de Incapacidade Física Temporária.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 9.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 9.2. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.
- 9.2.1. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**
- 9.2.2. Caso a seguradora tenha recebido valor como adiantamento de prêmio, haverá cobertura do seguro até a data da formalização da recusa da proposta.**
- 9.2.3. A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.**
- 9.2.4. Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias da data da recusa.**
- 9.3. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.
- 9.4. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.
- 9.5. A cada segurado aceito no seguro será enviado um certificado individual.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 10.1. A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de pagamento de prêmio, terá início às 24 (vinte quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.
- 10.2. A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá início a partir das 24 (vinte quatro) horas da data da recepção da proposta de adesão pela seguradora.
- 10.3. O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.
- 10.4. A vigência individual será renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, conforme o período de vigência e renovação da apólice disposto no item 11 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE.
- 10.5. Em caso de desinteresse em renovar o seguro, o segurado deverá, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade ao estipulante, para que este comunique a seguradora.
- 10.6. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE

- 11.1. A vigência da apólice será conforme estabelecido nas condições contratuais, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora, o estipulante ou o segurado,

mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

- 11.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.
- 11.3. Nenhuma alteração deste contrato é válida se não for feita por escrito por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela seguradora com a concordância do estipulante.
- 11.4. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 11.5. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar os segurados e o estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

12. CAPITAIS SEGURADOS

- 12.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes.
 - 12.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data de falecimento do segurado, em caso de morte natural, ou a data do acidente, em caso de morte acidental.
- 12.2. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de 2 (dois) anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.
- 12.3. No que tange a cobertura de decessos, quando o valor das despesas com o serviço funerário seja inferior ao capital segurado contratado, a diferença será paga aos beneficiários, independente de quem tiver recebido o reembolso, **tendo em vista que o reembolso está condicionado à apresentação da Nota Fiscal e limita-se ao valor máximo do capital segurado contratado.**
- 12.4. **Para os segurados menores de 14 (quatorze) anos, o valor da cobertura com o serviço funerário será equivalente ao valor total das despesas com este serviço, limitado ao capital segurado contratado.**

13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 13.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se aceitos pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência no primeiro dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para hipótese de suicídio.
- 13.2. **Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou qualquer outro índice que por disposição legal venha a substituí-lo.**
- 13.3. O estipulante fica ciente que, para o aumento espontâneo do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado não declarada na proposta de adesão, o pagamento da indenização prevista para a cobertura de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou segurado.
- 13.4. A seguradora poderá solicitar o aumento do capital segurado para atender os eventuais aumentos dos custos dos serviços funerários prestados pelas empresas funerárias. Caso tal solicitação não seja aceita pelo estipulante, fica a seguradora apenas obrigada a indenizar o valor do capital segurado contratado.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 14.1. Os capitais segurados e os prêmios deverão ser atualizados monetariamente ou segundo a variação do salário/provento, ou segundo outros fatores objetivos conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.
- 14.2. As atualizações de capitais segurados se aplicarão a todos os segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para componentes ativos.

- 14.3. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes, caso sejam atualizados por índice de preços, serão atualizados monetariamente em cada aniversário da apólice pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao aniversário do certificado individual.
- 14.4. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio até a data da ocorrência do respectivo evento gerador.
- 14.5. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).
- 14.6. Para os seguros de prazo inferior ou igual a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou fracionada, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.
 - 15.1.1. A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.
 - 15.1.2. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia subsequente em que houver expediente bancário.
- 15.2. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
- 15.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado ainda naquele prazo.
- 15.4. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens 19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 20 – CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, destas condições gerais.
 - 15.4.1. Entretanto, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, e ficando o estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.
 - 15.4.2. O estipulante fica terminantemente proibido de recolher do(s) segurado(s), a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, ficará o estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada segurado.
- 15.5. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 16 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas condições gerais.
- 15.6. Os prêmios sofrerão alteração anualmente de acordo com a mudança etária do segurado, conforme previsto em legislação vigente, caso previsto no contrato.

16. REAVALIAÇÃO DE TAXA

- 16.1. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme condições contratuais e legislação vigente.
- 16.2. Em caso de reavaliação de taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.
- 16.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

- 17.1. Poderá ser adotado o reenquadramento por faixa etária, de acordo com a condição do contrato.

18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

- 18.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:
 - com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
 - quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;

- quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;
- com a ocorrência da morte do segurado;
- com a não renovação ou cancelamento da apólice, respeitando o disposto nos itens 11 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA; e
- quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.

19. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

- 19.1. Na falta de pagamento de 1 (uma) fatura/parcela, a cobertura será suspensa. Os sinistros ocorridos no período de inadimplência não terão cobertura.
- 19.2. A reabilitação do seguro se dará a partir do pagamento da próxima fatura/parcela, sendo vedada a cobrança de prêmios pelo período de suspensão.
- 19.3. Na falta de pagamento de 2 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

20. CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

- 20.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, sem que tenha(m) sido retomado o pagamento do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do prêmio.
- 20.2. Havendo o desejo por parte do segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada.
- 20.2.1. A sociedade seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, ou;
- 20.2.2. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no inciso 4º do art. 46 da Circular SUSEP nº 302, de 19 de setembro de 2005
- 20.3. No caso de morte do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.
- 20.4. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, e no caso de seguro coletivo, com a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 20.5. A apólice ou certificado poderá ser cancelado:
- por solicitação escrita do estipulante ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do fim de vigência da apólice;
 - Se o estipulante não aceitar as condições de reavaliação propostas pela seguradora, para manutenção do seguro.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1. COBERTURA DE MORTE

- 21.1.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento.
- 21.1.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 21.1.3. A partir da entrega de toda a documentação básica a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 21.1.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 21.1.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 21.1.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
 - Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);

- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- comprovante de residência do segurado;
- cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário do mês do óbito se houver;
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;
- comprovante de residência do beneficiário;
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);
- CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);
- Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge);
- Laudo Necroscópico do IML (em caso de acidente); e
- CAT–Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante período de trabalho).

21.2. COBERTURA DE DECESSOS E AQUISIÇÃO DE JAZIGO

21.2.1. Em caso de Decessos:

21.2.1.1. Em caso de reembolso, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) encaminhar os comprovantes dos gastos com serviço(s) funerário(s) por meio da Central de Atendimento.

21.2.1.2. Os documentos a serem enviados à seguradora são:

- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG/RNE e CPF do segurado (cópias autenticadas);
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- RG/RNE, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral (cópias autenticadas);
- notas fiscais e recibos das despesas com o funeral (originais); e
- Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge).

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

No caso de falecimento do(s) filho(s), além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Nascimento.

21.2.2. Em caso de Aquisição de Jazigo:

- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG/RNE, CPF e comprovante de residência do segurado (cópias autenticadas);
- RG/RNE, CPF e comprovante de residência dos beneficiários (cópias autenticadas);
- RG/RNE e CPF dos filhos; e
- Certidão de Casamento atualizada, no caso de cônjuge.

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

21.2.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

21.2.3.2. A atualização 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.

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

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

21.3. As indenizações serão pagas sob forma de pagamento único.

- 21.4. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.
- 21.5. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários à apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 21.6. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.
- 21.7. Esta junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 21.8. 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.
- 21.9. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 21.10. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

22. PERDA DE DIREITOS

- 22.1. O segurado perderá o direito à indenização, caso haja por parte do(s) mesmo(s), seus representantes legais, corretor de seguros, seus prepostos ou seus beneficiários, nos seguintes casos:
- inexactidão ou omissão, em circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio além de estar o segurado obrigado a pagar o prêmio vencido;
 - não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;
 - utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
 - agravamento intencional do risco;
 - se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido;
 - fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que justifiquem falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
 - tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
 - solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e
 - dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), para obter ou majorar seu capital segurado.
- 22.2. Se a inexactidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:
- I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
- a) ao 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 de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- II – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

- 22.3. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.
- 22.4. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.
- 22.5. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 22.6. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

23. BENEFICIÁRIOS

- 23.1. A indicação do(s) beneficiário(s) deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.
- 23.2. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora, confirmada pelo relógio-datador.
- 23.3. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será ilícita a substituição do(s) beneficiário(s) por ato entre vivos ou de última vontade.
- 23.3.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado ao(s) antigo(s) beneficiário(s).
- 23.4. **A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.**
- 23.5. O beneficiário do(s) cônjuge(s) e filho(s) será sempre o segurado.
- 23.6. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.
- 23.7. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.
- 23.8. **Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.**

24. SUB-ROGAÇÃO

- 24.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 25.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do estipulante:
- fornecer à seguradora todas as informações necessárias para inclusão mensal de segurados e conseqüente emissão de faturas, se couber;
 - manter a seguradora informada a respeito do segurado, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido nesta apólice;
 - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
 - discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo artigo 7º da Resolução CNSP 107/04;
 - pagar no banco credenciado, o valor total dos prêmios, se couber;
 - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;

- g) indicar o nome da seguradora nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela seguradora;
- h) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;
- j) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- l) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

26. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

- 26.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades da seguradora:
- a) pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando, a partir do dia útil subsequente a sua entrega a contagem do prazo para regulação do sinistro;
 - b) informar por escrito ao segurado o não-pagamento da fatura por parte do estipulante, se couber;
 - c) emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo estipulante, se couber;
 - d) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

27. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 27.1. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 27.2. Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos em lei.
- 27.3. Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa dos segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 27.4. **A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**
- 27.5. **Este plano de seguro foi estruturado em regime financeiro de repartição, sendo assim não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados, ao beneficiário ou ao estipulante.**
- 27.6. **O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**
- 27.7. **O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**
- 27.8. **Este seguro será por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**
- 27.9. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 27.10. **A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.**

28. FORO

- 28.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL

ANTECIPAÇÃO DE INDENIZAÇÃO EM FASE TERMINAL

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o **adiantamento** do capital segurado contratado para cobertura de morte mediante solicitação do segurado ou de seu representante legal, quando o segurado se encontrar em fase terminal ocasionada por doenças ou acidente, se a data do acidente ou do início da moléstia e de seu diagnóstico ocorra dentro do período de vigência da apólice, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.
- 1.2. Considera-se “paciente em fase 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.
- 1.3. A solicitação desta cobertura será feita mediante atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo estimado de sobrevivência do segurado. Este atestado deverá vir acompanhado do histórico da patologia, do diagnóstico conclusivo e de exames pertinentes, **ressalvado o direito da seguradora de submeter o segurado a exames médicos ou complementares por profissionais de sua indicação.**

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. O percentual do capital segurado e o limite máximo da antecipação serão definidos no contrato.

3. CARÊNCIA

- 3.1. Será aplicada uma carência de 60 (sessenta) dias, contados do início de vigência informado no certificado individual.

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 4.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento.
- 4.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 4.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
 - 4.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 4.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 4.5. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação da documentação dos seguintes documentos:**
 - comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
 - cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
 - comprovante de residência do segurado;
 - cópia do Registro de Emprego e comprovante de pagamento do salário do mês do óbito se houver;
 - cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;
 - comprovante de residência do beneficiário;
 - formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
 - Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge);
 - declaração do médico-hospitalar.
- 4.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.
- 4.7. Em caso de dúvida fundada e justificável, será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro.

Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

- 4.8. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 4.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.
- 4.10. Para recebimento da antecipação, deverá ser apresentada a Declaração Médico-Hospitalar expedida pelo médico ou entidade hospitalar, informando que o diagnóstico e o quadro clínico indicam um estado grave e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos médicos e terapêuticos disponíveis, bem como todos os procedimentos médicos que serviram de embasamento ao relatório.
- 4.11. A antecipação da indenização será paga ao segurado ou representante.
- 4.12. Se o segurado vier a falecer durante a vigência do seguro, o capital segurado contratado para a cobertura de morte será pago ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na proposta de adesão, deduzindo-se o adiantamento aqui referido, se houver, visto que esta cobertura e a de morte não se acumulam. **O capital segurado contratado para esta cobertura não se acumula ao capital contratado para a cobertura de morte.**
- 4.13. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação do estado terminal do segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.
- 4.14. Esta junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 4.15. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 4.16. **Se houver pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado, o seguro será automaticamente extinto.**

5. DISPOSIÇÃO FINAL

- 5.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s), em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.
- 1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.
- 1.3. Para menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:
 - a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;
 - b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Acidente Pessoal:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial do segurado.
 - 2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:
 - a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado 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 acidental de gases e vapores;
 - d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
 - e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.
 - 2.1.2. **Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:**
 - a) as doenças, incluídas as profissionais, pandemias ou epidemias, 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 lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer momento; e
 - c) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como “invalidez acidentária”, em que o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de “invalidez por acidente pessoal”.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA):
 - a) quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - b) contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes, ainda que decorrentes de acidente coberto;
 - c) envenenamento, ainda que acidental, por substâncias tóxicas, produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico;

- d) conseqüências advindas de tratamento ou exames médicos clínicos, cirúrgicos ou por equipamentos, quando tais procedimentos não forem resultantes de acidentes cobertos;
- e) prática pelo segurado de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;
- f) viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 4.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições contratuais deste seguro.
- 4.2. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice, bem como os segurados que participem por meio de inclusão de cônjuge e/ou filhos.

5. PRÊMIO

- 5.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

6. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

- 6.1. Esta cobertura adicional cessará:
 - simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não-renovação da apólice à qual está vinculada; e
 - a pedido do estipulante do seguro ou a critério da seguradora, por escrito e com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento.
- 7.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 7.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
 - 7.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 7.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 7.5. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação de documentação solicitada no subitem 21.1.5 das condições gerais, e dos seguintes documentos:**
 - Boletim de Ocorrência Policial;
 - CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);
 - Certidão de Casamento (atualizada, no caso de sinistro do cônjuge); e
 - Laudo Necroscópico do IML.
- 7.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.
- 7.7. Em caso de dúvida fundada e justificável, será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 7.8. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.

- 7.9. Esta junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 7.10. 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.
- 7.11. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado, para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 7.12. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro

8. DISPOSIÇÃO FINAL

- 8.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a ficar total ou parcialmente inválido em caráter permanente em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.
- 1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Acidente Pessoal:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física e que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico.
 - 2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:
 - a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado 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 acidental de gases e vapores;
 - d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
 - e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.
 - 2.1.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:
 - a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que 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 lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer momento; e
 - c) 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”.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):
 - a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - b) os acidentes ocorridos em consequência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;
 - c) viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
 - d) as perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico;

- e) os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;
- f) os acidentes médicos;
- g) as conseqüências advindas de tratamento ou de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- h) as lesões classificadas como Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, inclusive a Lesão por Esforços Repetitivos – LER, problemas auditivos e outros;
- i) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores; e
- j) perda de dentes ou danos estéticos.

4. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

- 4.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente por acidente, seja total ou parcial, estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para sua 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.
- 4.2. No caso de invalidez parcial por acidente, não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial será calculado pela aplicação, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado da porcentagem prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial.
- 4.3. Na falta de indicação do percentual de redução, sendo o grau classificado como máximo, médio ou mínimo, a indenização proporcional será calculada com base nos índices 75 (setenta e cinco), 50 (cinquenta) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente, aplicados sobre a mesma Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial.
- 4.4. Quando, de um mesmo acidente, resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais estabelecidos para cada um, conforme Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para invalidez permanente total ou parcial por acidente.
- 4.5. Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, o somatório das indenizações não poderá exceder o total previsto na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial, caso houvesse a perda completa desse membro.
- 4.6. A perda ou redução maior da função de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dará direito a reclamações, salvo quando declarada previamente na proposta de adesão, caso em que se reduzirá do grau de definitiva a invalidez preexistente no cálculo da indenização.
- 4.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já deficiente antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 4.8. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 4.9. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.
- 4.10. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 4.11. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.
- 4.12. Esta junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 4.13. 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.

- 4.14. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de invalidez total ou parcial por acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.
- 4.15. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito à indenização por invalidez permanente.
- 4.16. Se ambas as coberturas por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente tiverem sido contratadas, suas indenizações não se acumularão. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida da indenização por morte.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 5.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais e no contrato deste seguro.
- 5.2. Após o pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice, bem como os segurados que participem por meio de inclusão de cônjuge e/ou filhos.

6. PRÊMIO

- 6.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

- 7.1. Esta cobertura adicional cessará:
- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não-renovação da apólice à qual está vinculada; e
 - a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito e com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento.
- 8.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 8.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 8.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 8.4. O valor a ser indenizado ao(s) segurado(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 8.5. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**
- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
 - cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
 - exame de corpo de delito, quando indicado;
 - cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
 - comprovante de residência do segurado;
 - formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
 - cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário referente ao último mês de atividade;
 - cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
 - CNH, se for acidente de trânsito (e quando o segurado sinistrado for o motorista);
 - no caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;
 - exames e laudos médicos que confirmem a invalidez permanente; e
 - relatório médico informando o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual, com firma reconhecida.
- 8.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do

término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

- 8.7. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 8.8. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 8.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

- 9.1. No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 9.2. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.
- 9.3. Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial, serão pagos com base em literatura mundial.

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de 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 radiolunares	30
Anquilose total de um dos ombros	25

> continuação

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE 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
Fratura não consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros	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
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	

continua >

> continuação

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
Unilateral	7
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	3
Ectrópio bilateral	6
Entrópio unilateral	7
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	3
Má oclusão palpebral bilateral	6
Ptose palpebral unilateral	5
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONACÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial—menos de 50% (cinquenta por cento)	15
—mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	8
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25% (vinte e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
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.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	

continua >

> continuação

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática	sem indenização
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	2
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo à deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	5
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	7

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.
- 1.2. Para efeito deste seguro, entende-se como “invalidéz permanente total”, os acidentes que resultem em:
 - perda total da visão de ambos os olhos;
 - perda total do uso de ambos os braços;
 - perda total do uso de ambas as pernas;
 - perda total do uso de ambas as mãos;
 - perda total do uso de um braço e uma perna;
 - perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
 - perda total do uso de ambos os pés;
 - alienação mental total e incurável; e
 - nefrectomia bilateral.
- 1.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Acidente Pessoal:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física e que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a invalidez total do segurado, ou que torne necessário tratamento médico.
 - 2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:
 - a) o suicídio ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado 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 acidental de gases e vapores;
 - d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
 - e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.
 - 2.1.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:
 - a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que 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 lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer momento; e
 - c) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de “invalidéz por acidente pessoal”.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Invalidéz Permanente Total por Acidente (IPTA):
 - a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

- b) os acidentes ocorridos em consequência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;
- c) viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
- d) as perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico;
- e) os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;
- f) os acidentes médicos;
- g) as consequências advindas de tratamento ou de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- h) perturbações mentais, nervosas e emocionais;
- i) as lesões classificadas como Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, inclusive a Lesão por Esforços Repetitivos – LER, problemas auditivos e outros;
- j) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores; e
- k) perda de dentes ou danos estéticos.

4. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

- 4.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente 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.
- 4.2. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 4.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.
- 4.4. Esta junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 4.5. 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.
- 4.6. **Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de invalidez total por acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.**

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 5.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais e no contrato deste seguro.
- 5.2. Após o pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice, bem como os segurados que participem por meio de inclusão de cônjuge e/ou filhos.

6. PRÊMIO

- 6.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

- 7.1. Esta cobertura adicional cessará:
 - simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não-renovação da apólice à qual está vinculada; e
 - a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito e com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento.
- 8.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 8.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 8.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 8.4. O valor a ser indenizado ao(s) segurado(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 8.5. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**
- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
 - cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
 - exame de corpo de delito, quando indicado;
 - cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
 - comprovante de residência do segurado;
 - formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
 - cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário referente ao último mês de atividade;
 - cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
 - CNH, se for acidente de trânsito (e quando o segurado sinistrado for o motorista);
 - no caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;
 - exames e laudos médicos que confirmem a invalidez permanente; e
 - relatório médico informando o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual, com firma reconhecida.
- 8.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito e no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.
- 8.7. Em caso de dúvida fundada e justificável, será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 8.8. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado, para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 8.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

- 9.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.
- 9.2. Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial, serão pagos com base em literatura mundial.

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Desde que contratado, garante o pagamento antecipado do capital segurado da cobertura de morte, ao próprio segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro e conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 4 – RISCOS COBERTOS–desta condição, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.
- 2.2. **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.
- 2.3. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Médico:** procedimento técnico–profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** doença relacionada às afecções do coração considerada grave.
- 2.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumpção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** peso e a altura do segurado.
- 2.12. **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.13. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.14. **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.15. **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.16. **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.17. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.18. **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.19. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.
- 2.20. **Doença Profissional:** aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.21. **Estado Conexo:** o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.22. **Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.23. **Fator de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.24. **Hígido:** saudável.
- 2.25. **Médico-Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

- 2.26. **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.27. **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.28. **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.29. **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.30. **Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.31. **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.
- 2.32. **Seqüela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.33. **Transferência Corporal:** capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

3. DA COBERTURA

- 3.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

4. RISCOS COBERTOS

- 4.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestados por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:
- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b) doenças neoplásicas malignas ativas sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
 - e) doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) deficiência visual, **decorrente de doença:**
 - cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; 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) os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 4.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – **Anexo**, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

- 4.3. O IAIF—Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
- 4.4. 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.
- 4.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- 4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.
- 4.7. O segundo documento, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 4.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. **Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, especificados a seguir:**
 - 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 agravadas por traumatismos.**

6. CARÊNCIA

- 6.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato.
- 6.2. O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A idade máxima para adesão à cobertura e permanência sob a mesma será definida no contrato.

8. CAPITAIS SEGURADOS

- 8.1. Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato.
- 8.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

9. PRÊMIO

- 9.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico-assistente.
- 10.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 10.3. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico-assistente e por si, o segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.
- 10.4. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 10.5. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 – RISCOS COBERTOS.

10.6. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

- a) cópia do RG/RNE, CPF e comprovante de residência do segurado;
- 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 item anterior; e
- d) formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente.

10.7. Protocolado o Aviso de Sinistro, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

10.7.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

10.8. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

10.9. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

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

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

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

11.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

11.2. 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.

12. PERÍCIA MÉDICA

12.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

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

13. JUNTA MÉDICA

13.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

13.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

13.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

13.4. 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.

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura básica, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

14.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

15.1. 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.

16. DISPOSIÇÃO FINAL

16.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

ANEXO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAS 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

continua >

> continuação

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
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 auto-suficiência 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 sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica?	8

CONDIÇÃO ESPECIAL

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

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Desde que contratado, garante o pagamento do capital segurado, ao próprio segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, ocorrida durante a vigência do seguro e conseqüente de doença que cause a perda da existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 4 – RISCOS COBERTOS–desta condição, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.
- 2.2. **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.
- 2.3. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Médico:** procedimento técnico–profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** doença relacionada às afecções do coração considerada grave.
- 2.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** peso e a altura do segurado.
- 2.12. **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.13. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.14. **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.15. **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.16. **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.17. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.18. **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.19. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.
- 2.20. **Doença Profissional:** aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.21. **Estado Conexo:** o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.22. **Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.23. **Fator de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.24. **Hígido:** saudável.
- 2.25. **Médico-Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

- 2.26. **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.27. **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.28. **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.29. **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.30. **Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.31. **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.
- 2.32. **Seqüela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.33. **Transferência Corporal:** capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

3. DA COBERTURA

- 3.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

4. RISCOS COBERTOS

- 4.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestadas por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:
- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b) doenças neoplásicas malignas ativas sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
 - e) doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) deficiência visual, **decorrente de doença:**
 - cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; 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) os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 4.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – **Anexo**, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

- 4.3. O IAIF—Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
- 4.4. 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.
- 4.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- 4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.
- 4.7. O segundo documento Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 4.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. **Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, especificados a seguir:**
 - 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 agravadas por traumatismos.**

6. CARÊNCIA

- 6.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato.
- 6.2. O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A idade máxima para adesão à cobertura e permanência sob a mesma será definida no contrato.

8. CAPITAIS SEGURADOS

- 8.1. Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato.
- 8.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado contratado será realizado sob forma de parcela única.

9. PRÊMIO

- 9.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico-assistente.
- 10.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 10.3. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico-assistente e por si, o segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.
- 10.4. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 10.5. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 – RISCOS COBERTOS.

10.6. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

- a) cópia do RG/RNE, CPF e comprovante de residência do segurado;
- 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 item anterior; e
- d) formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente.

10.7. Protocolado o Aviso de Sinistro, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

10.7.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

10.8. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

10.9. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

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

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

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

11.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

11.2. 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 grau de incapacidade parcial.

12. PERÍCIA MÉDICA

12.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

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

13. JUNTA MÉDICA

13.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

13.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

13.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

13.4. 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.

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o pagamento do capital segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta cobertura. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do capital segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente. A cobertura de morte, assim como as demais coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.

14.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

15.1. 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.

16. DISPOSIÇÃO FINAL

16.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

ANEXO

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

continua >

> continuação

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
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
CONNECTIVIDADE 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 auto-suficiência 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

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante ao segurado o pagamento das diárias a que tiver direito, se sua incapacidade, decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, perdurar além do 15º (décimo quinto) dia contado a partir do fato gerador da incapacidade.
- 1.2. O capital segurado contratado deverá ser compatível com a renda mensal do segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação ou na renovação do seguro para determinação do capital segurado. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação.
- 1.3. Se o capital segurado contratado for superior a renda mensal informada pelo segurado na proposta de adesão, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada comprovada pelo segurado, mas se ficar comprovada má-fé do segurado no que tange à informação constante na proposta de adesão, o segurado perderá o direito à indenização com base no Código Civil Brasileiro.
- 1.4. A cobertura de que trata esta condição especial garante no máximo 2 (dois) eventos durante cada vigência anual do seguro, sendo que o período máximo de afastamento não poderá ser superior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias por vigência.
- 1.5. A “incapacidade temporária” caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando este ocorrer dentro do período de vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Acidente Pessoal:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a incapacidade temporária do segurado, ou que torne necessário tratamento médico.
 - 2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:
 - a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a legislação em vigor, com a carência prevista de 2 (dois) anos;
 - 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 acidental de gases e vapores;
 - d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
 - e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.
 - 2.1.2. **Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:**
 - 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 lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - c) 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”.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Incapacidade Física Temporária (IFT):

- a) epidemias, envenenamento de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população, declarados por órgãos competentes;
- b) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;
- c) incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do segurado no seguro;
- d) doenças preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão na data de sua assinatura;
- e) cirurgias para mudança de sexo, qualquer tratamento cirúrgico para impotência sexual, esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, inseminação artificial e respectivas conseqüências;
- f) cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais e reconstrução mamária em decorrência de retirada de câncer, desde que o diagnóstico da doença tenha ocorrido durante a vigência do seguro;
- g) tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com finalidade estética;
- h) quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença ou abrasão química e cirúrgica;
- i) tratamento odontológico e ortodôntico;
- j) hospitalização para a realização de exames de rotina;
- k) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- l) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes;
- m) as lesões classificadas como: Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho (DORT), inclusive a Lesão por Esforços Repetitivos (LER), problemas auditivos e outros;
- n) procedimentos não previstos no Código de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- o) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente.

4. ELEGIBILIDADE

- 4.1. Serão elegíveis para esta cobertura todas as pessoas físicas que possuírem qualquer vínculo com o estipulante e que se encontrarem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.
- 4.2. Não serão elegíveis para esta cobertura os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, que não tenham, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado corresponderá à quantidade máxima de dias contratada, multiplicada pelo valor da diária.
- 5.2. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

6. PRÊMIO

- 6.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

7. CARÊNCIA

- 7.1. Esta cobertura poderá prever um período de dias de carência, contados a partir do início de vigência do seguro e determinado no contrato do seguro.
- 7.2. Não será aplicada a carência acima nos casos de acidente pessoal.

8. FRANQUIA

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

9. LIMITE DE DIÁRIAS

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

10. PERÍCIA MÉDICA

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

11. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

- 11.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.
- 11.2. Esta junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 11.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

12. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

- 12.1. Esta cobertura adicional cessará:
 - simultaneamente e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
 - a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

13. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 13.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento.
- 13.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 13.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
 - 13.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 13.4. O valor a ser indenizado ao(s) segurado(s) será igual ao valor da diária vezes o número de dias de afastamento, respeitado os períodos de carência e franquia.
- 13.5. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**
 - relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
 - relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
 - original ou cópia simples dos exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Total Temporária;
 - comprovante de residência do segurado;
 - cópia autenticada do CPF e RG/RNE do segurado; e
 - formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente.
- 13.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicá-lo o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.
- 13.7. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro.

Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

13.8. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

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

14. DISPOSIÇÃO FINAL

14.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Desde que contratado, garante o pagamento do capital segurado, ao próprio segurado quando constatada doença congênita do filho do segurado quando do nascimento, respeitando o prazo de carência, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.
- 1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do diagnóstico médico da doença congênita coberta nesta condição especial, desde que efetuado entre a data de nascimento até o 3º (terceiro) mês de vida do filho do segurado.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. **Doenças Congênitas:** aquelas que nascem com o indivíduo, resultante da má formação do organismo detectada no primeiro mês de vida, sejam qual for a sua causa desde que diagnosticada até o 3º (terceiro) mês de vida.

3. GRUPO SEGURADO

- 3.1. Filhos legítimos de segurados recém nascidos que apresentem doença congênita, devidamente comprovada por médico habilitado. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para ambos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Doenças Congênitas:
 - a) eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação;
 - b) defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada; e
 - c) decorrentes pelo mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.

5. CARÊNCIA

- 5.1. Corresponderá ao prazo de 3 (três) meses a partir do início de vigência do seguro do segurado ou da inclusão da cobertura adicional, sendo que somente terão cobertura os casos que não tenham conhecimento ou a pré-existência de doença congênita ou qualquer anormalidade no período de gestação até a conclusão do período de carência.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Corresponderá a valor de capital segurado contratado pelo segurado firmado em proposta de seguro e nas condições contratuais do seguro.

7. PRÊMIO

- 7.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

- 8.1. Esta cobertura adicional cessará:
 - ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, ou quando da solicitação do cancelamento da cobertura pelo segurado ou estipulante;
 - quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com o prêmio.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. A ocorrência do evento será comprovada através dos seguintes documentos básicos:
 - relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
 - exames e laudos médicos que indiquem a doença congênita;

- cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho;
 - cópia atualizada e autenticada da Certidão de Casamento com a gestante, caso a mesma não seja a segurada principal;
 - cópia autenticada do CPF, RG/RNE e comprovante de residência do segurado; e
 - formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente.
- 9.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 9.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 9.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 9.4. **Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicá-lo o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.**
- 9.5. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 9.6. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.
- 9.7. Esta junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 9.8. 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.
- 9.9. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 9.10. A indenização será paga em forma de pagamento único.
- 9.11. **Não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.**
- 9.12. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.
- 10. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**
- 10.1. Após o pagamento da indenização o capital segurado será automaticamente reintegrado ao seguro.
- 11. DISPOSIÇÃO FINAL**
- 11.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do **capital segurado pré-estabelecido** ou o **adiantamento** de um percentual da cobertura de morte, conforme limites estabelecidos nas condições contratuais.
- 1.2. Estarão elegíveis a esta condição:
 - o segurado; e
 - o(a) cônjuge e filhos, se for contratada a cobertura suplementar correspondente.
- 1.3. Para a utilização desta cobertura o segurado poderá acessar pelo(s) telefone(s) constante(s) no(s) documento(s) encaminhado(s) com as seguintes informações:
 - nome completo; e
 - número do certificado.
- 1.4. A concessão do adiantamento para o auxílio funeral não implicará no reconhecimento das demais coberturas do seguro.
- 1.5. **O capital segurado contratado para a cobertura de auxílio funeral não se acumula ao capital segurado contratado para a cobertura de morte.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.**

3. PRÊMIO

- 3.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 4.1. **Para pagamento da cobertura a pessoa responsável pelo pagamento do funeral deverá enviar os seguintes documentos à seguradora:**
 - **Certidão de Óbito (cópia autenticada);**
 - **RG/RNE e CPF do segurado (cópia autenticada);**
 - **formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;**
 - **RG/RNE, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral (cópia autenticada).**

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

No caso de falecimento do(s) filho(s), além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Nascimento.

- 4.2. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para efetuar o pagamento.
 - 4.2.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 4.3. O valor a ser pago ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 4.4. **Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicá-lo o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.**
- 4.5. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

- 4.6. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 4.7. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

5. DISPOSIÇÃO FINAL

- 5.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao beneficiário do seguro, em caso de falecimento do segurado ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previsto nas condições contratuais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

3. PRÊMIO

- 3.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 4.1. Para pagamento da cobertura o beneficiário deverá enviar os seguintes documentos à seguradora:
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
 - RG/RNE e CPF do segurado (cópia autenticada);
 - RG/RNE, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral (cópia autenticada); e
 - formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente.
- 4.2. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte dos beneficiários, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para efetuar o pagamento.
- 4.2.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 4.3. O valor a ser pago aos beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 4.4. **Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicá-lo o fato aos beneficiários por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.**
- 4.5. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 4.6. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 4.7. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará aos beneficiários ou representantes legais os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, corretor ou agente captador do seguro.

5. DISPOSIÇÃO FINAL

- 5.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao próprio segurado durante a vigência do seguro, em caso de falecimento de seu cônjuge, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.
- 1.2. Por esta cobertura suplementar, também farão parte do grupo segurado os cônjuges de todos os segurados, desde que a esse grupo já não pertençam como segurados.
- 1.3. O cônjuge poderá, também, participar das coberturas adicionais mediante solicitação na proposta de adesão, e desde que sejam contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

- 2.1. **Cônjuge ou Companheiro(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 previstos contratualmente.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

- 3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges de todos os segurados.
- 3.2. Os segurados pertencentes a categorias para as quais não são expedidas Carteiras Profissionais de Trabalho podem incluir no seguro os(as) companheiros(as), quando estes(as) estiverem registrados(as) de acordo com regulamentação própria.
- 3.3. **A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado ou, ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado como segurado, não haverá direito à indenização, sendo nesses últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INCLUSÃO INDEVIDA DA COBERTURA DE CÔNJUGE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

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

6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE

- 6.1. O seguro do cônjuge terminará:
 - com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - com o término do seguro do segurado;
 - com a morte do segurado, sua invalidez permanente total por acidente ou sua invalidez funcional permanente e total por doença;
 - na ocorrência de separação judicial 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); e/ou
 - a pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O capital segurado do cônjuge incluído automaticamente e as coberturas contratadas serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado.

8. PRÊMIO

8.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1. Esta cobertura suplementar cessará:

- facultativamente, no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência; e
- obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro e de acordo com cada cobertura contratada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

COBERTURA ESPECIAL

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao próprio segurado, durante a vigência do seguro, em caso de falecimento de seu cônjuge, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.
- 1.2. O cônjuge poderá, também, participar das coberturas adicionais mediante solicitação na proposta de adesão e desde que sejam contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

- 2.1. **Cônjuge ou Companheiro(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 previstos contratualmente.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

- 3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges dos segurados que expressamente autorizarem/solicitarem sua inclusão de forma facultativa.
- 3.2. **A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado ou, ainda, caso o cônjuge incluído já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização, sendo nesses últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INCLUSÃO INDEVIDA DA COBERTURA DE CÔNJUGE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

- 5.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:
 - na data do início da cobertura do risco individual do segurado, desde que a inclusão de seu cônjuge seja solicitada simultaneamente, mediante análise e aceitação pela seguradora; e
 - quando este não for incluído simultaneamente com o segurado, o início de vigência do risco individual do seguro do cônjuge será a partir da vigência correspondente ao mês da solicitação expressa do segurado.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE

- 6.1. O seguro do cônjuge terminará:
 - com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - com o término do seguro do segurado;
 - com a morte do segurado, com sua invalidez permanente total por acidente ou com sua invalidez funcional permanente e total por doença;
 - na ocorrência de separação judicial ou de fato;
 - 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); e/ou
 - a pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O capital segurado do cônjuge facultativo e as coberturas contratadas serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado.

8. PRÊMIO

- 8.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1. Esta cobertura suplementar cessará:

- facultativamente, no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência;
- obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro e de acordo com cada cobertura contratada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

COBERTURA ESPECIAL

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao próprio segurado, durante a vigência do seguro, em caso de falecimento de algum de seus filhos dependentes, maior de 14 (quatorze) anos, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual, e desde que seja contratada a mesma cobertura para o cônjuge, com inclusão automática na apólice.
- 1.2. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado dependente do cônjuge de maior capital segurado.
- 1.3. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:
 - a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado para filhos;
 - b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

2. CONCEITO

- 2.1. Entende-se como “filho(s)”, o(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR):
 - filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
 - filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
 - filho(a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.
- 2.2. **Não podem participar desta cobertura os filhos que façam parte do grupo de segurados.**

3. INCLUSÃO NO SEGURO

- 3.1. Participarão do presente seguro todos os filhos do segurado, desde que estejam em perfeitas condições de saúde.
- 3.2. A indicação do(s) filho(s) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado, que se responsabiliza pelo estado de saúde do filho incluído no seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.**

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 5.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:
 - na data do início da garantia do risco individual do segurado; e
 - na data da inclusão da condição na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO(S) FILHO(S)

- 6.1. O seguro terminará:
 - com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
 - com o término do seguro do segurado;
 - com a morte do segurado ou do cônjuge, com sua invalidez permanente total por acidente ou com sua invalidez funcional permanente e total por doença; e/ou
 - a pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O capital segurado da cobertura de morte do(s) filho(s) não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado.

8. PRÊMIO

8.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado. Na hipótese de morte simultânea, a indenização será paga aos herdeiros legais.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1. Esta Cobertura Suplementar cessará:

- facultativamente, no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência; e
- obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTE TÉCNICO

A apuração do excedente técnico da apólice a ser implantada será realizada de forma anual, pagando lucro para o próximo período de apuração.

A apuração do excedente técnico será efetuada de acordo com a seguinte Cláusula Suplementar:

1. O resultado técnico da apólice será apurado anualmente conforme os critérios mínimos abaixo:
 - a) Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se “receitas”:
 - os prêmios de competência correspondentes ao período de apuração e efetivamente pagos;
 - o estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
 - b) Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se “despesas”:
 - as comissões de corretagem pagas durante o período;
 - as comissões de agenciamento pagas durante o período;
 - os custos de IOF, COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros;
 - o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e avisados no período de apuração, considerando-se os pagos e pendentes e computando-se de uma vez os sinistros com pagamento parcelado;
 - a reserva de IBNR, apurado conforme as normas técnicas, correspondente aos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e ainda não avisados por ocasião do vencimento da mesma;
 - o valor total das despesas de investigação que porventura se fizerem necessárias à regulação dos sinistros avisados no período de apuração;
 - os saldos negativos dos períodos anteriores ainda não compensados;
 - as despesas efetivas de administração da seguradora de acordo com o estabelecido no contrato; e
 - outras despesas extraordinárias.
2. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
 - o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
 - o aviso à seguradora, para sinistros;
 - a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
 - as datas em que incorreram, para as despesas de administração; e
 - outras datas estabelecidas na cláusula de excedente técnico.
3. A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato.
4. A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
5. Nos seguros parcialmente ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida na cláusula de excedente técnico.
6. No caso de cancelamento da apólice, a última apuração do excedente técnico a ser concedido ao estipulante será pago em 6 (seis) parcelas mensais, descontados os sinistros que porventura vierem a ser avisados, pagos ou que estejam pendentes após a data de cancelamento.

OUVIDOR

Atuar, na relação contratual com a Seguradora, de forma isenta e independente, com caráter mediador, pedagógico e estratégico, na defesa dos direitos dos consumidores e atuar como canal de comunicação entre a seguradora e os consumidores de seus produtos e serviços, esclarecendo, prevenindo e solucionando conflitos.

O Ouvidor recebe as manifestações dos consumidores que não foram solucionadas em primeira instância, por outros canais de atendimento e de apoio ao consumidor.

CANAIS DE ACESSO

Ouvidoria: 0800 775 1079 ou pelo site www.mapfre.com.br

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

Horário de atendimento: das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.



A atuação ética é um dos princípios institucionais do GRUPO BB E MAPFRE.

Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, a MAPFRE Seguros divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo.

Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente a transparência nos processos e produtos.