

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

MAPFRE VIDA VOCÊ MULTIFLEX

Condições Gerais

Versão 1.0

CNPJ 02.238.239/0001-20

Processos SUSEP: VG 15414.004036/2008-33 – APC 15414.004011/ 2008-30

ÍNDICE

CONDIÇÕES PARTICULARES MAPFRE VIDA VOCÊ MULTIFLEX	15
1. OBJETIVO DO SEGURO	15
2. DEFINIÇÕES ADICIONAIS	15
3. CONDIÇÕES PARA A ACEITAÇÃO	15
4. NOSSAS GARANTIAS	16
5. LIMITE DE IDADE	28
6. PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO	28
7. CORREÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO	29
8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL	31
9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	31
10. CANCELAMENTO E RESCISÃO DO CONTRATO	31
11. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE	31
12. BENEFÍCIOS AGREGADOS	31
13. PROMOÇÃO DE CESSÃO DE SORTEIO DE CAPITALIZAÇÃO	32
CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO	33
1. OBJETIVO DO SEGURO	33
2. DEFINIÇÕES	33
3. COBERTURAS DO SEGURO	37
4. RISCOS EXCLUÍDOS	42
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	43
6. INCLUSÃO DO SEGURADO	43
7. CARÊNCIA	43
8. FRANQUIA	44
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO	44
10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	44
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	45
12. CAPITAIS SEGURADOS	45
13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	45
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	46
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO	46

16. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	47
17. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	47
18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	47
19. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	48
20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	48
21. PERDA DE DIREITOS	52
22. BENEFICIÁRIOS.....	53
23. SUB-ROGAÇÃO.....	54
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	54
25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	55
26. DISPOSIÇÕES FINAIS	55
27. FORO	56
ANTECIPAÇÃO DE INDENIZAÇÃO	57
1. GARANTIA DO SEGURO	57
2. CAPITAL SEGURADO	57
3. CARÊNCIA.....	57
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	57
5. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	57
6. DISPOSIÇÃO FINAL.....	57
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE.....	58
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	58
2. RISCOS EXCLUÍDOS	58
3. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	59
4. PRÊMIO	59
5. CESSAÇÃO DA COBERTURA	59
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	59
7. DISPOSIÇÃO FINAL	59
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	60
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	60
2. RISCOS EXCLUÍDOS	60

3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ	61
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	62
5. PRÊMIO	63
6. CESSAÇÃO DA COBERTURA	63
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	63
8. DISPOSIÇÃO FINAL	63
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	71
1. OBJETIVO DO SEGURO	71
2. RISCOS EXCLUÍDOS	71
3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ	72
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	72
5. PRÊMIO	73
6. CESSAÇÃO DA COBERTURA	73
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	73
8. DISPOSIÇÃO FINAL	73
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO	75
1. OBJETIVO DO SEGURO	75
2. DEFINIÇÕES	75
3. DA COBERTURA	77
4. RISCOS COBERTOS	77
5. RISCOS EXCLUÍDOS	79
6. CARÊNCIA	79
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	79
8. CAPITAIS SEGURADOS	79
9. PRÊMIO	79
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	79
11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA	81
12. PERÍCIA MÉDICA	81
13. JUNTA MÉDICA	81

14. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	82
15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	82
16. DISPOSIÇÃO FINAL.....	82
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – COBERTURA AUTÔNOMA	83
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	83
2. DEFINIÇÕES.....	83
3. DA COBERTURA.....	85
4. RISCOS COBERTOS.....	85
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	87
6. CARÊNCIA.....	87
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	87
8. CAPITALS SEGURADOS.....	87
9. PRÊMIO.....	87
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	87
11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	89
12. PERÍCIA MÉDICA.....	89
13. JUNTA MÉDICA.....	89
14. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	90
15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	90
16. DISPOSIÇÃO FINAL.....	90
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA	95
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	95
2. DEFINIÇÕES.....	95
3. COBERTURA.....	95
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	95
5. CARÊNCIA.....	96
6. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	96
7. CAPITALS SEGURADOS.....	96
8. PRÊMIO.....	96

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	96
10. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA	98
11. PERÍCIA MÉDICA.....	98
12. JUNTA MÉDICA.....	98
13. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	98
14. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	99
15. DISPOSIÇÃO FINAL	99
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA	100
1. OBJETIVO DO SEGURO	100
2. RISCOS EXCLUÍDOS	100
3. ELEGIBILIDADE.....	101
4. CAPITAL SEGURADO	101
5. PRÊMIO	101
6. CARÊNCIA.....	101
7. FRANQUIA.....	102
8. LIMITE DE DIÁRIAS.....	102
9. PERÍCIA MÉDICA.....	102
10. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA.....	102
11. CESSAÇÃO DA COBERTURA	102
12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	102
13. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	102
14. DISPOSIÇÃO FINAL	103
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL.....	104
1. OBJETIVO DO SEGURO	104
2. RISCOS EXCLUÍDOS	104
3. PRÊMIO	105
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	105
5. DISPOSIÇÃO FINAL	106
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE.....	107
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	107
2. CONCEITO.....	107

3. INCLUSÃO NO SEGURO	107
4. RISCOS EXCLUÍDOS	107
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE.....	108
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE	108
7. CAPITAL SEGURADO	108
8. PRÊMIO	108
9. BENEFICIÁRIO	108
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	108
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	109
12. DISPOSIÇÃO FINAL	109
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	110
2. CONCEITO.....	110
3. INCLUSÃO NO SEGURO	110
4. RISCOS EXCLUÍDOS	110
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE.....	110
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE	111
7. CAPITAL SEGURADO	111
8. PRÊMIO	111
9. BENEFICIÁRIO	111
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	111
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	111
12. DISPOSIÇÃO FINAL	111
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	112
2. CONCEITO.....	112
3. INCLUSÃO NO SEGURO	112
4. RISCOS EXCLUÍDOS	112
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	112
6. TÉRMINO DO SEGURO DO(S) FILHO(S)	113
7. CAPITAL SEGURADO	113
8. PRÊMIO	113
9. BENEFICIÁRIO	113
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	113

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	113
12. DISPOSIÇÃO FINAL	113
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS	114
1. OBJETIVO DO SEGURO	114
2. DEFINIÇÃO	114
3. GRUPO SEGURADO	114
4. RISCOS EXCLUÍDOS	114
5. CARÊNCIA	114
6. CAPITAL SEGURADO	115
7. PRÊMIO	115
8. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	115
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	115
10. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	116
11. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE	116
12. DISPOSIÇÃO FINAL	116
CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO	117
1. OBJETIVO DO SEGURO	117
2. DEFINIÇÕES	117
3. COBERTURAS DO SEGURO	120
4. RISCOS EXCLUÍDOS	125
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	126
6. INCLUSÃO DO SEGURADO	126
7. CARÊNCIA	126
8. FRANQUIA	126
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO	126
10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	127
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	127
12. CAPITAIS SEGURADOS	128
13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	128
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	128
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO	129

16. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	130
17. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	130
18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	130
19. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	130
20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	131
21. PERDA DE DIREITOS	133
22. BENEFICIÁRIOS.....	134
23. SUB-ROGAÇÃO.....	135
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	135
25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	136
26. DISPOSIÇÕES FINAIS	136
27. FORO	137
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS	145
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	145
2. RISCOS EXCLUÍDOS	145
3. ELEGIBILIDADE.....	145
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	145
5. PRÊMIO	145
6. CESSAÇÃO DA COBERTURA	146
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	146
8. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	146
9. DISPOSIÇÃO FINAL	146
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	147
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	147
2. DEFINIÇÕES.....	147
3. RISCOS EXCLUÍDOS	147
4. ELEGIBILIDADE.....	148
5. CAPITAL SEGURADO	148
6. PRÊMIO	148
7. CARÊNCIA.....	148

8. FRANQUIA.....	149
9. LIMITE DE DIÁRIAS.....	149
10. PERÍCIA MÉDICA.....	149
11. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA.....	149
12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	149
13. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	151
14. DISPOSIÇÃO FINAL.....	151
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA.....	152
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	152
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	152
3. ELEGIBILIDADE.....	153
4. CAPITAL SEGURADO.....	153
5. PRÊMIO.....	153
6. CARÊNCIA.....	153
7. FRANQUIA.....	154
8. LIMITE DE DIÁRIAS.....	154
9. PERÍCIA MÉDICA.....	154
10. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA.....	154
11. CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	154
12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	154
13. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	154
14. DISPOSIÇÃO FINAL.....	155
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE.....	156
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	156
2. CONCEITO.....	156
3. INCLUSÃO NO SEGURO.....	156
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	156
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE.....	156
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE.....	157
7. CAPITAL SEGURADO.....	157

8. PRÊMIO	157
9. BENEFICIÁRIO	157
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	157
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	157
12. DISPOSIÇÃO FINAL	158
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE	159
1. OBJETIVO DO SEGURO	159
2. CONCEITO.....	159
3. INCLUSÃO NO SEGURO	159
4. RISCOS EXCLUÍDOS	159
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE.....	159
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE	160
7. CAPITAL SEGURADO	160
8. PRÊMIO	160
9. BENEFICIÁRIO	160
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR	160
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	160
12. DISPOSIÇÃO FINAL	161
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS	162
1. OBJETIVO DO SEGURO	162
2. CONCEITO.....	162
3. INCLUSÃO NO SEGURO	162
4. RISCOS EXCLUÍDOS	162
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	162
6. TÉRMINO DO SEGURO DO(S) FILHO(S)	163
7. CAPITAL SEGURADO	163
8. PRÊMIO	163
9. BENEFICIÁRIO	163
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	163
11. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR	163
12. DISPOSIÇÃO FINAL	163

MANUAL DE ASSISTÊNCIAS.....	164
1. TELEFONES DE EMERGÊNCIA – 24H, 7 DIAS POR SEMANA	164
2. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	164
3. REEMBOLSO DE DESPESAS	164
CONDIÇÕES DO DECESSOS	166
1. DEFINIÇÕES	166
2. GARANTIAS DO DECESSOS	166
3. CARÊNCIA	166
4. ÂMBITO TERRITORIAL E DURAÇÃO	167
5. GARANTIA DE ASSISTÊNCIA AO REPATRIAMENTO	167
6. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO FUNERAL	167
7. COMUNICAÇÃO	168
8. CANCELAMENTO DOS DIREITOS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS	168
9. OBRIGAÇÕES GERAIS	168
GARANTIAS DA ASSISTÊNCIA À PESSOA.....	170
1. DEFINIÇÕES.....	170
2. FRANQUIA QUILOMÉTRICA.....	170
3. ÂMBITO TERRITORIAL E DURAÇÃO	170
4. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIAS À PESSOA.....	171
5. GARANTIAS RELATIVAS AS BAGAGENS E OBJETOS PESSOAIS	176
6. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIA A RECOLOCAÇÃO PROFISSIONAL	177
7. ASSISTÊNCIA VEÍCULO	178
8. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIA A RESIDÊNCIA ASSISTIDA	178
9. EXCLUSÃO	179
10. COMUNICAÇÃO	180
11. CANCELAMENTO DOS DIREITOS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS	181
12. DESCONTO EM MEDICAMENTOS.....	181
13. PROMOÇÃO DE CESSÃO DE SORTEIO DE CAPITALIZAÇÃO	181
REGULAMENTO DO DEFENSOR DO SEGURADO	183
Artigo 1º – Da Constituição	183
Artigo 2º – Da Competência	183
Artigo 3º – Das Alçadas	183

Artigo 4º – Sobre o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS	184
Artigo 5º – Do Mandato	184
Artigo 6º – Do Funcionamento	185
Artigo 7º – Das Obrigações das Empresas	186
Artigo 8º – Dos Recursos para o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS	187

CONDIÇÕES PARTICULARES MAPFRE VIDA VOCÊ MULTIFLEX

Vida Seguradora S.A., com sede na Rua Araújo Porto Alegre, 36 / 3º andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, regularmente inscrita no CNPJ sob o nº 02.238.239/0001-20, neste ato representada na forma de seu estatuto social, a seguir denominada simplesmente seguradora, e de outro lado, **Viva Vida Clube de Seguros**, com sede na Rua Araújo Porto Alegre, 36 / 3º andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, regularmente inscrita no CNPJ sob o nº 04.081.628/0001-10, neste ato representado na forma de seu contrato social, a seguir denominado simplesmente estipulante, têm entre si, justo e acordado, nos termos da legislação vigente, a presente apólice de Seguro de Vida e Acidentes Pessoais, contratada com base nas condições gerais do seguro de vida, Processo SUSEP nº 15414.004036/2008-33 e do seguro de acidentes pessoais, Processo SUSEP nº 15414.004011/2008-30, bem como as seguintes condições estipuladas:

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este Contrato tem por objetivo garantir o pagamento de um capital segurado ao próprio segurado principal, ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), caso ocorra algum dos riscos nele previstos, os quais foram contratados pelo subestipulante e indicados na proposta de contratação e nas condições contratuais e desde que o evento que deu causa ao risco não se enquadre como excluído da cobertura securitária.
- 1.2. **Importante: O Seguro de Vida em Grupo e Acidentes Pessoais aqui contratados, dadas as suas características, não prevê a constituição de reserva técnica e, conseqüentemente, não prevê resgate.**

2. DEFINIÇÕES ADICIONAIS

- 2.1. **Agravação do risco:**
Considera-se agravação de risco, toda e qualquer alteração que possa alterar o risco coberto pela Seguradora, como por exemplo, mudanças de hábitos, prática de esportes, mudança de residência ou local de trabalho, profissão ou função desempenhada, alterações nas informações prestadas na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, quando da contratação do Seguro, etc.

3. CONDIÇÕES PARA A ACEITAÇÃO

- 3.1. **Toda alteração no Seguro, solicitada pelo Segurado, estará sujeita ao preenchimento de nova Proposta de Adesão e à análise da Seguradora. As alterações passam a valer no mês subsequente à sua solicitação pelo Segurado, desde que tenham sido aceitas pela Seguradora.**

Importante: A inobservância das condições deste item acarretará no não reconhecimento, por parte da Seguradora, da Garantia contratada para o Segurado e na conseqüente recusa do pagamento do Capital Segurado.

4. NOSSAS GARANTIAS

Este Seguro oferece as seguintes garantias, que poderão ser contratadas, **desde que especificadas na Proposta de Adesão:**

4.1. GARANTIAS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO

4.1.1. Morte - É a Garantia do pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário em decorrência de Morte do Segurado ou de seu Dependente por causa natural ou acidental.

Esta Garantia pode ser contratada isoladamente.

Antecipação em caso de Doença Terminal - É a Garantia de pagamento antecipado, de 100% (cem por cento) do Capital Segurado para a Garantia de Morte do Segurado ou do Dependente Cônjuge, obedecendo uma carência de 60 (sessenta) dias, contado a partir da data do início de vigência individual do seguro, mediante solicitação do segurado ou seu representante legal, caso seja diagnosticada e atestada, por Médico, uma doença em fase terminal durante o período de vigência do Seguro

Importante: A Antecipação em caso de Doença Terminal não ocorrerá no caso de contratação de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).

4.1.2. Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) — É a Garantia de pagamento adicional de 100% (cem por cento) do Capital Segurado para a Garantia de Morte, **conforme especificado na Proposta de Adesão**, em decorrência de morte acidental.

A Garantia de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) só pode ser contratada junto com a Garantia de Morte.

Caso seja devido o pagamento do Capital Segurado de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), o mesmo será acumulado ao Capital Segurado para a Garantia de Morte.

4.1.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) - É a Garantia de pagamento de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado para a Garantia de Morte, **conforme especificado na Proposta de Adesão**, relativo à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro, de acordo com a Tabela para Cálculo de Benefício para a Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

A Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) só pode ser contratada junto com a Garantia de Morte, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), as duas últimas do ramo de Acidentes Pessoais.

O Segurado será excluído do Seguro quando houver o pagamento da Indenização de Invalidez Total por Acidente.

Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, o Capital Segurado apurado será pago de uma só vez ao Segurado.

A aposentadoria por invalidez, concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhados, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

4.1.3.1. A reintegração do Capital Segurado relativo à Garantia de Invalidez Permanente Parcial por Acidente é automática após cada acidente, desde que a Indenização não seja total.

4.1.4. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Garante ao Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento antecipado do Capital Segurado da Garantia de Morte, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente, **sob critérios devidamente especificados no item “Riscos Cobertos pela Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença”, exceto se a invalidez for decorrente dos “Riscos Excluídos pela Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença”, observadas as disposições do item “Cancelamento e Rescisão do Seguro”.**

A Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) só pode ser contratada junto com a Garantia de Morte.

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 autônômicas do Segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item “Procedimentos em Caso de Ocorrência do Evento”.

Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, o Capital Segurado será pago de uma só vez ao Segurado e o mesmo será excluído do Seguro.

A aposentadoria por invalidez, concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhados, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

Importante: A Antecipação em caso de Doença Terminal não ocorrerá no caso de contratação de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).

4.1.4.1. Riscos Cobertos pela Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Considera-se como Riscos Cobertos pela Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) a

ocorrência comprovada - **segundo critérios vigentes à época da regulação do evento coberto e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:**

- 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 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 sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória 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 um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos **desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, num total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.**

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

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.

Para a classificação no 2º (segundo) ou 3º (terceiro) Graus, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

O segundo documento, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4.1.4.1.1. Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF

DOCUMENTO 1 - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS:

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20

Condições clínicas e estruturais do Segurado	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) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a auto-suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

DOCUMENTO 2 - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC – índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

4.1.4.1.2. Riscos Excluídos pela Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Além dos riscos relacionados em “Garantias Excluídas por este Contrato”, considera-se também, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) a invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;**
- c) os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);**
- d) as doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo progressivo;**

- e) as doenças agravadas por traumatismos;
- f) as doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;
- g) os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado;
- h) toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos em “Riscos Cobertos pela Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)”.

4.1.5 Decessos – Garante a realização do funeral conforme especificado nas Condições Contratuais ou o reembolso das despesas havidas com o funeral até o limite do **Capital Segurado contratado para essa Cobertura**, podendo o capital variar entre R\$ 2.500,00 e R\$ 5.000,00. **A cobertura de Decessos só pode ser contratada junto com a Garantia de Morte, Morte Acidental ou IPA, as duas últimas do ramo de Acidentes Pessoais.**

O funeral poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Seguradora, na hipótese do Beneficiário optar pela prestação de serviço.

No caso de morte do Segurado ou de seus Dependentes e a empresa terceirizada for acionada se, posteriormente, ficar comprovada a inexistência de vínculo entre o Segurado e o Subestipulante, a Seguradora deverá ser, obrigatoriamente, ressarcida, pelo Subestipulante, dos gastos efetuados para a realização do funeral.

4.1.5.1. Pagamento do Capital Segurado

l) Caso haja a opção pela prestação do serviço: Em caso de falecimento, os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada no Manual de Assistência, antes de tomarem qualquer medida, fornecendo os seguintes dados:

- Nome do Segurado;
- N° de Apólice e/ou Certificado;
- Endereço;
- Local e telefone onde poderão ser encontrados os familiares;

Durante o atendimento poderão ser solicitados, entre outros documentos, a carteirinha do Segurado, Certificado Individual, Proposta de Adesão ou ainda, eventualmente, documentos que comprovem a contratação do plano.

Cooperação com a prestação do serviço: Os familiares deverão cooperar com a empresa terceirizada, devidamente contratada pela Seguradora, a

fim de possibilitar a prestação dos serviços especificados no Manual de Assistência. Se julgar necessário, a empresa terceirizada **poderá solicitar o envio de documentos originais, às custas dos familiares, para o cumprimento das formalidades necessárias.**

Qualquer reclamação sobre os serviços realizados pela empresa terceirizada deverá ser encaminhada à Seguradora dentro do prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de ocorrência do evento. Importante: O detalhamento dos serviços prestados pela empresa terceirizada consta no Manual de Assistência, enviado junto com estas Condições Particulares.

II) Caso haja a opção pelo recebimento do reembolso: O reembolso está limitado ao Capital Segurado definido para o valor contratado, devidamente especificado na Proposta de Adesão.

Após o reembolso da Garantia de Morte para o Dependente Filho menor de 14 (catorze) anos, o pagamento do Funeral Familiar não será devido pela Seguradora.

4.1.5.3. Jazigo – garante o pagamento de um valor correspondente ao dobro do capital segurado contratado na cobertura de Decessos, para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, **limitado a R\$ 10.000,00 (dez mil reais). Esta cobertura é paga uma única vez.**

4.2. GARANTIAS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

4.2.1. Morte Acidental - É a Garantia de pagamento do Capital Segurado adicional ao Beneficiário, em caso de Morte do Segurado ou de seu Dependente, por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro.

Esta Garantia pode ser contratada isoladamente.

4.2.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) - É a Garantia de pagamento de um Capital Segurado de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte ou Morte Acidental, **conforme especificado na Proposta de Adesão**, relativo à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro, de acordo com a Tabela para Cálculo de Benefício para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

Esta Garantia pode ser contratada isoladamente.

O Segurado será excluído do Seguro quando houver o pagamento da Indenização de Invalidez Total por Acidente.

Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, o Capital Segurado apurado será pago de uma só vez ao Segurado.

A aposentadoria por invalidez, concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

4.2.2.1. A reintegração do Capital Segurado relativo à Garantia de Invalidez Permanente Parcial por Acidente é automática após cada acidente, desde que a Indenização não seja total.

4.2.3. IPA Majorada - É a elevação do percentual previsto de cálculo para pagamento de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, para um percentual de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado. Os membros majorados são:

Perda total do uso de um dos dedos indicadores de 15% para 100%

Perda total do uso de um dos polegares,

exclusive o metacarpiano..... de 18% para 100%

Perda total do uso de uma das mãos de 60% para 100%

Perda total da visão de um olho de 30% para 100%

Para haver a contratação da IPA Majorada é imprescindível a contratação da Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), do ramo de Acidentes Pessoais.

Caso seja devido o pagamento do Capital Segurado de IPA Majorada, o mesmo será acumulado ao Capital Segurado para a Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

O Capital Segurado referente à IPA Majorada é limitado ao máximo de R\$ 200.000 (duzentos mil reais) e deverá ser sempre inferior ao Capital Segurado para a Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

4.2.4. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) - É a Garantia de pagamento das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, ocasionadas por acidente pessoal coberto, efetuadas para o tratamento do Segurado **até o limite do Capital Segurado**, necessárias ao seu restabelecimento, com acompanhamento médico, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do acidente.

O Capital Segurado e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) será de até 30% (trinta por cento) do Capital Segurado de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), limitado a R\$ 15.000,00 (quinze mil reais).

Só será possível a contratação da Garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), com a contratação obrigatória de, pelo menos, uma Garantia do Seguro de Acidentes Pessoais: Morte

Acidental e/ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

Os prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos serão escolhidos pelo Segurado, **desde que legalmente habilitados**. Preservada a livre escolha do Segurado, a Seguradora pode estabelecer acordo ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

Para efeito destas Condições Particulares, o valor do reembolso será limitado ao Capital Segurado definido na Proposta de Adesão, independentemente do valor das despesas médicas, hospitalares e odontológicas serem superiores a este valor.

As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nas Condições Particulares.

A Garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas não é extensiva aos Segurados Dependentes.

4.3. GARANTIAS SUPLEMENTARES

A Seguradora oferece, ainda, as seguintes Garantias Suplementares que poderão ser contratadas, **desde que especificadas na Proposta de Adesão**.

4.3.1. Inclusão de Dependente Cônjuge - É feita de forma facultativa e está vinculada ao preenchimento e assinatura da Proposta, pelo próprio Dependente Cônjuge. O Dependente Cônjuge terá direito à contratação das Coberturas: Morte, incluindo a Antecipação em caso de Doença Terminal de 50% do Capital Segurado para a Garantia de Morte do Dependente Cônjuge, Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), **desde que as mesmas tenham sido concedidas ao Segurado e estejam especificadas na Proposta de Adesão.**

O Capital Segurado contratado para as Coberturas do Dependente Cônjuge será de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado na Cobertura de Morte do Segurado Titular.

4.3.2. Inclusão de Dependente Filho - O Proponente poderá contratar as seguintes Coberturas para o Dependente Filho: Morte, Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), **desde que as mesmas tenham sido concedidas ao Segurado e estejam especificadas na Proposta de Adesão**, e Invalidez por Doença Congênita. A inclusão do Dependente Filho é feita de forma automática. O Capital Segurado contratado para as Coberturas do Dependente Filho será de até 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado da Cobertura de

Morte do Segurado, limitado ao máximo de R\$ 15.000 (quinze mil reais). A Garantia de Morte para os menores de 14 (catorze) anos e natimortos destina-se ao reembolso das despesas com funeral, **que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:**

- incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

Após a utilização do Funeral Familiar, em consequência da morte do Dependente Filho menor de 14 (catorze) anos ou natimorto, seja através do acionamento do serviço ou através da utilização de prestadores próprios, o pagamento do Capital Segurado para a Garantia de Morte do Dependente Filho não será devido pela Seguradora.

4.3.2.1. Invalidez por Doença Congênita – É a antecipação do Capital Segurado para a Garantia de Morte para Dependente Filho, quando ocorrer o nascimento de filho, portador de invalidez irreversível, causada por doença congênita, que demande a permanente ajuda de terceiros, com clara indicação de que este não poderá exercer atividades remuneradas. **A doença congênita deve ser comprovada por documentação médica pertinente até o 6º (sexto) mês após o dia do nascimento do filho, devendo, ainda ser reconhecida pela Seguradora.**

Se, após o pagamento do Capital Segurado por Invalidez Congênita ocorrer o falecimento do filho, o pagamento do Capital Segurado por Morte não será devido pela Seguradora.

4.3.3. O Capital Segurado da Cobertura de Morte, previsto nas Garantias Suplementares de Inclusão de Dependente Cônjuge e Dependente Filho, é devido ao Segurado.

5. LIMITE DE IDADE

- 5.1. Para adesão a este Contrato, os Proponentes deverão ter idades compreendidas entre 14 (catorze) e 65 (sessenta e cinco) anos. No caso de contratação exclusiva de Garantias de Acidentes Pessoais, serão aceitos, neste Contrato, Proponentes com idades compreendidas entre 14 (catorze) e 70 (setenta) anos.**

6. PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O valor do prêmio será determinado de acordo com as Garantias, Serviços de Assistência contratados e o Capital Segurado definido para o Proponente, no momento da assinatura da Proposta de Adesão.**

-
- 6.2. A periodicidade de pagamento do prêmio será determinada pelo Proponente e poderá ser: Mensal, Trimestral, Semestral ou Anual. Fica facultado à seguradora alterar a periodicidade de pagamento, indicada na Proposta de Adesão caso o prêmio não atinja o mínimo estabelecido para o produto.**
- 6.3. Caso o pagamento do prêmio não tenha sido efetuado até 60 (sessenta) dias contados a partir da data de seu vencimento, o Seguro será cancelado, sem ser devida, ao Proponente, nenhuma restituição.**

7. CORREÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

- 7.1. Sempre que o segurado mudar de idade, o valor do seu prêmio será automaticamente reenquadrada na taxa da nova idade, quando da renovação anual do Seguro.**

Idade	Varição Máxima % da taxa em relação à idade anterior	Idade	Varição Máxima % da taxa em relação à idade anterior	Idade	Varição Máxima % da taxa em relação à idade anterior	Idade	Varição Máxima % da taxa em relação à idade anterior
14	-	36	7,43%	58	8,22%	80	9,54%
15	2,65%	37	7,70%	59	7,98%	81	9,54%
16	2,58%	38	7,89%	60	7,77%	82	9,54%
17	3,00%	39	8,10%	61	7,78%	83	9,52%
18	3,09%	40	8,27%	62	7,97%	84	9,50%
19	3,45%	41	9,70%	63	8,13%	85	9,45%
20	3,50%	42	11,82%	64	8,30%	86	9,40%
21	3,95%	43	13,12%	65	8,43%	87	9,36%
22	4,08%	44	13,70%	66	8,60%	88	9,29%
23	4,20%	45	13,83%	67	8,71%	89	9,23%
24	4,42%	46	13,60%	68	8,85%	90	9,15%
25	4,84%	47	13,23%	69	8,94%	91	9,04%
26	5,10%	48	12,73%	70	9,04%	92	8,93%
27	5,42%	49	12,15%	71	9,13%	93	8,81%
28	5,68%	50	11,60%	72	9,21%	94	8,68%
29	5,68%	51	11,06%	73	9,29%	95	8,54%
30	6,13%	52	10,52%	74	9,34%	96	8,38%
31	6,41%	53	10,03%	75	9,40%	97	8,20%
32	6,43%	54	9,60%	76	9,44%	98	8,00%
33	6,85%	55	9,19%	77	9,48%	99	7,79%
34	6,92%	56	8,85%	78	9,50%	100	7,54%
35	7,40%	57	8,50%	79	9,52%		

7.2. O Capital Segurado e os prêmios referentes a este Contrato serão atualizados anualmente, por ocasião da renovação do mesmo pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acumulado nos 12 (doze) meses até o 2º (segundo) mês anterior ao do aniversário do Seguro.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. O início de vigência do risco individual corresponderá à data de recebimento e protocolo da Proposta de Adesão, desde que a mesma seja aceita pela Seguradora.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. O Capital Segurado será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de recebimento e protocolo, pela Seguradora, de todos os documentos necessários à comprovação do Evento coberto. A indenização será paga em moeda corrente e em Território Nacional. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise do Evento.

Nesse caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso e voltará a ser contado a partir da data em que se der a entrega de toda a documentação solicitada.

9.2. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

10. CANCELAMENTO E RESCISÃO DO CONTRATO

10.1. Além das situações mencionadas nas Condições Gerais, o Contrato será cancelado, quando: O Segurado solicitar seu cancelamento por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência e o Contrato não for renovado.

10.2. Além das situações mencionadas nas Condições Gerais, o Segurado será excluído do seguro quando: **Receber o pagamento da Indenização de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ou de Invalidez Permanente Total por Acidente.**

11. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE

O início de vigência desta Apólice será a partir do recebimento e protocolo da Proposta de Contratação pela seguradora, desde que esta seja aceita e todas as cláusulas destas Condições Particulares sejam respeitadas.

A seguradora se reserva ao direito de rever a taxa praticada, anualmente, quando da renovação do Contrato, objetivando manter o equilíbrio econômico e financeiro do mesmo.

12. BENEFÍCIOS AGREGADOS

12.1. **SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA** - Este Contrato oferece Serviços de Assistência e outros benefícios em vida ao Segurado, que, quando contratados, estarão especificados como contratados na Proposta de Adesão:

- 12.2. ASSISTÊNCIA À PESSOAS** – Verificar condições dos Serviços previstos em manual próprio ao Segurado.
- 12.3. DESCONTO MEDICAMENTOS** - As redes de farmácias conveniadas em território nacional e a lista medicamentos com até 50% de desconto podem ser encontradas no site www.prevsaude.com.br. Este benefício é um convênio da PrevSaúde com a Mapfre Seguros.

13. PROMOÇÃO DE CESSÃO DE SORTEIO DE CAPITALIZAÇÃO

A Vida Seguradora é proprietária de Títulos de Capitalização emitidos pela MAPFRE CAPITALIZAÇÃO S/A, CNPJ 09.382.998/0001-00, de acordo com a Nota Técnica e suas Condições Gerais aprovadas pela SUSEP sob o nº. 15414.000959/2008-16.

Ao adquirir o Seguro MAPFRE Vida Você MultiFlex, o segurado receberá promocionalmente a Cessão de participação em 1 (um) sorteio mensal no valor líquido de Imposto de Renda de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) através do NÚMERO DA SORTE informado no Certificado. Os sorteios serão apurados com base na Extração da Loteria Federal do Brasil, do último sábado de cada mês, a partir do mês de adesão do seguro (desde que a aceitação seja efetuada com antecedência de 24 horas da data do sorteio) e nos meses subseqüentes a aceitação do seguro, até o último mês de vigência deste Certificado, e o número contemplado em cada série será formado pelas unidades do 1º ao 5º prêmio, conforme exemplo a seguir:

1º Prêmio: 38415 - 2º Prêmio: 17135 - 3º Prêmio: 08493 - 4º Prêmio: 28401 - 5º Prêmio: 22469

Assim o número contemplado seria: **55319**

Não sendo realizada extração na data prevista, será considerada a extração subseqüente que a substitua.

Atenção: os benefícios são válidos por 12(doze) meses a contar do início de vigência do seguro, e desde que pagas as parcelas em seus respectivos vencimentos.

VIDA SEGURADORA S.A.

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Seja bem-vindo à Vida Seguradora, uma companhia acessível, flexível e transparente. A seguir, você encontrará a descrição de nossas Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo.

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 proponente, 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.

Parágrafo Único – DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PLANO NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE, SALDAMENTO OU DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER VALORES DE PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR O RISCO DE PAGAMENTO DE CAPITAL SEGURADO NO PERÍODO.

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 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 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 conseqüências 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”.

- 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 Vida Seguradora 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.
- 2.37. Vigência da Apólice:** É o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.
- 2.38. Vigência da Cobertura Individual:** É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias deste Seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. MORTE

3.1.1. 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.

3.1.2. 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.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.

3.2. DECESSOS

3.2.1. Garante a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), no limite do capital segurado para esta cobertura estipulado na proposta de adesão e acordado no contrato, em caso de falecimento do segurado designado no seguro.

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

3.2.3. 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);
- Vêú; e
- Um enfeite e uma coroa.

Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.

3.2.4. COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO

3.2.4.1. 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 beneficiário responsável pela aquisição, designado pelo segurado na proposta de adesão, caso o segurado venha a falecer em consequência de causas naturais ou acidentais.

3.2.4.2. No plano familiar, além do segurado, esta cobertura é concedida ao(à) cônjuge e filhos. No caso de falecimento do(a) cônjuge ou filho maior de 14 (quatorze) anos, 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.

3.2.4.3. 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.

3.2.5. ALCANCE DA COBERTURA

3.2.5.1. O objetivo da cobertura de Decessos deste seguro é a prestação do serviço do sepultamento ou, se for o caso, da cremação em consequência do falecimento de qualquer um dos segurados devidamente inclusos no mesmo.

3.2.5.2. Não obstante o acima mencionado, os beneficiários do falecido poderão renunciar à prestação desse serviço pela seguradora, recebendo, neste caso, a indenização correspondente ao capital segurado.

3.2.5.3. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, a seguradora ficará obrigada ao reembolso da cobertura.

3.2.6. OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

3.2.6.1. 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.

3.2.7. SERVIÇO E/OU PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

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

3.2.7.2. Se, excepcionalmente, 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 individual contratado.

3.2.7.3. 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.

3.2.8. ABRANGÊNCIA DA COBERTURA

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

3.2.9. FORMA DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO

3.2.9.1. 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.

3.2.10. SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SEPULTAMENTO

3.2.10.1. 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).

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

3.3. ANTECIPAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

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, conforme critérios definidos no anexo ANTECIPAÇÃO DE INDENIZAÇÃO.

3.4. INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE

Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s), em caso de falecimento do segurado, durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, de acordo com o definido na Condição Especial da Cobertura de INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE, anexa.

Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.

3.5. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

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, com base no estabelecido na Condição Especial da cobertura de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, anexa. Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.

3.6. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

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, conforme definido na Condição Especial da cobertura de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE, anexa.

3.7. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO

Garante o pagamento antecipado do capital segurado, desde que contratado, 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 na Condição Especial da cobertura de INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA - ANTECIPAÇÃO, anexa.

3.8. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – AUTÔNOMA

Garante o pagamento do capital segurado, desde que contratado, 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 da existência independente, sob critérios devidamente especificados na Condição Especial da cobertura de INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA - AUTÔNOMA, anexa.

3.9. INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

Garante o pagamento antecipado do capital segurado, desde que contratado, da cobertura de Morte ao próprio segurado, em caso de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, de acordo com o definido na Condição Especial da cobertura de INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA, anexa.

3.10. INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA

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, com base no estabelecido na Condição Especial da cobertura de INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA, anexa.

3.11. AUXÍLIO FUNERAL

Garante o pagamento do capital segurado pré-estabelecido ou o adiantamento de um porcentual da cobertura de morte, conforme condição Especial da cobertura de AUXÍLIO FUNERAL, anexa.

Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.

3.12. COBERTURAS SUPLEMENTARES

3.12.1. 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, exceto se forem resultantes 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(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente;

e) suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;

f) inundações, furacões, erupções vulcânicas, tempestades, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;

g) doenças, acidentes e lesões provocadas em estado de desequilíbrio mental pelo uso de álcool, drogas, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos e substâncias tóxicas;

h) as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente

habilitado (médico);

i) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;

j) dolo do segurado, exceto quando o dano tiver sido produzido para evitar um mal maior;

k) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade.

4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estará também excluído da Cobertura de Decessos a consequência direta ou indireta da seguinte ocorrência:

a) cremação para os segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço.

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

5.2. A cobertura de Decessos 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. 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. 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.

8. FRANQUIA

- 8.1. Poderá ser aplicada uma franquia de no mínimo 15 (quinze) dias a contar da data da ocorrência do evento coberto.

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 ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

9.2.2. Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação 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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 10.1. A vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita e

vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão, mediante pagamento único ou pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.

- 10.2.** 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.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO 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.** 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.
- 11.4.** 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.
- 11.5.** Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

12. CAPITAIS SEGURADOS

- 12.1.** Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

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.

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 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.** Para os seguros de prazo inferior 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 no item 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, 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 à 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 legislação vigente.

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; e
 - quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 19.1.** Havendo atraso no pagamento do prêmio, por período superior a 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento, a Seguradora se reserva o direito de cancelar automaticamente o seguro.
Durante o período de inadimplência a cobertura do seguro será mantida com conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da Indenização paga ao(s) Beneficiário(s).
- 19.2.** Decorrido o prazo de inadimplência sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do prêmio.
- 19.3.** Havendo o desejo por parte do segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do prêmio pago.
- 19.4.** No caso de morte do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.
- 19.5.** A apólice poderá ser cancelada:
- por solicitação escrita do estipulante ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro;
 - se o estipulante não aceitar as condições de reavaliação propostas pela seguradora para a manutenção do seguro.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 20.1.** 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 de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.
- 20.2.** 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.
- 20.3.** 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.
- 20.3.1.** Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação 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.

20.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

20.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

20.5.1. COBERTURA DE MORTE

- comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);
- cópia do RG e CPF do segurado;
- cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário do mês do óbito;
- cópia do RG e CPF do beneficiário;
- Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge).

20.5.2. COBERTURA DE DECESSOS

20.5.2.1. 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 de carta à seguradora.

20.5.2.2. Os documentos a serem enviados à seguradora são:

- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG e CPF do segurado (cópias autenticadas);
- RG, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral (cópias autenticadas); e
- notas fiscais e recibos das despesas com o funeral (originais).

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.

20.5.2.3. O valor a ser reembolsado ao(s) beneficiário(s) será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

20.5.3. COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

20.5.3.1. 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/terapêuticos disponíveis, bem como todos os procedimentos médicos que serviram de embasamento ao relatório.

20.5.3.2. A antecipação da indenização será paga ao segurado ou representante.

20.5.3.3. Se o segurado vier a falecer durante a vigência do seguro, será pago ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na proposta de adesão o capital segurado contratado para a cobertura de morte, deduzindo-se o adiantamento aqui referido, se houver, visto que esta cobertura e a de morte não se acumulam.

20.5.3.4. A seguradora poderá, em qualquer hipótese, solicitar laudo subscrito pelo médico indicado por ela, o qual ateste o estado terminal reclamado. Caso o segurado não aceite o laudo médico apresentado pela seguradora, será constituída uma junta médica composta por 03 (três) membros indicados, respectivamente, pelo segurado, pela seguradora e o terceiro, de comum acordo por ambas as partes. 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.

20.5.3.5. Se houver pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado, o seguro será automaticamente extinto.

20.5.4. COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE

20.5.4.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação de documentação solicitada na cobertura de Morte, e ainda os 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.

20.5.5. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

- comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- exame de corpo de delito, quando indicado;
- cópia do RG e CPF do segurado;
- cópia do Registro de Empregado;
- comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade;
- cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);

- no caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS; e
- relatório médico contendo as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.

20.5.6. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

- comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- exame de Corpo Delito, quando indicado;
- cópia do RG e CPF do segurado;
- cópia do Registro de Empregado;
- comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade;
- cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- no caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS; e
- relatório médico contendo as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.

20.5.7. COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – Antecipação

20.5.7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação da documentação solicitada nas Condições Especiais.

20.5.8. COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – Autônoma

20.5.8.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação da documentação solicitada nas Condições Especiais.

20.5.9. COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

20.5.9.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação da documentação solicitada nas Condições Especiais.

20.5.10. COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA

- 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; e
- cópia autenticada do CPF e RG do segurado.

20.5.10.1. 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.

20.5.11. COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL

20.5.11.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação da documentação solicitada nas Condições Especiais.

- 20.6.** Caso proceda a recusa do sinistro após a prestação dos serviços funerários, a seguradora poderá requerer do beneficiário o valor correspondente às despesas com o funeral do segurado.
- 20.7.** As indenizações serão pagas sob forma de pagamento único.
- 20.8.** 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.
- 20.9.** 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.**
- 20.10.** 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.

21. PERDA DE DIREITOS

- 21.1.** O segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:
- **inexatidão ou omissão nas declarações da proposta de adesão, que possa influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro;**
 - **não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;**
 - **utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas conseqüências para obter ou aumentar a indenização;**
 - **fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar 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), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado.
- 21.2. 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.**
- 21.2.1. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.**
- 21.3. 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.**
- 21.4. 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.**

22. BENEFICIÁRIOS

- 22.1. 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.**
- 22.2. 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.**
- 22.3. 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.**
- 22.3.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado ao(s) antigo(s) beneficiário(s).**

- 22.4.** A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.
- 22.5.** O beneficiário do(s) cônjuge(s) e filho(s) será sempre o segurado.
- 22.6.** Caso não seja(m) indicado(s) o(s) beneficiário(s) na proposta de adesão, o capital segurado será pago conforme os princípios estabelecidos no Código Civil vigente.
- 22.7.** 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. SUB-ROGAÇÃO

- 23.1.** 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.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

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

25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

- 25.1.** 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, passando, a partir de sua entrega, a contar novo 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.

26. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 26.1.** Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 26.2.** Qualquer modificação da apólice em vigor, que traga prejuízos ou novos ônus aos segurados, não previsto nestas condições gerais, dependerá da anuência expressa dos segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 26.3.** **Neste seguro não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.**
- 26.4.** **O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**
- 26.5.** **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.**
- 26.6.** **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.**
- 26.7.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 26.8.** 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.

27. FORO

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

ANTECIPAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

1. GARANTIA 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, seguro este cuja data do acidente ou do início da moléstia e de seu diagnóstico, seja posterior a data de sua inclusão na apólice.
- 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, atestado este que deverá vir acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes, **ressalvado o direito da seguradora de submeter o segurado a exames médicos ou complementares por profissionais de sua indicação.**
- 1.4. **A antecipação de indenização poderá ocorrer somente para os segurados que não tenham contratado a cobertura de IFPD.**

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. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação da documentação solicitada nas condições Gerais e na declaração médico- hospitalar.**

5. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

- 5.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro, deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

6. DISPOSIÇÃO FINAL

- 6.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais do seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1.** Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(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, 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, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura 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, ou decorrente de intoxicação alimentar;

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; e

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.**

3. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 3.1.** O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições contratuais deste seguro.
- 3.2.** 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.

4. PRÊMIO

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

5. CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 5.1.** Esta cobertura 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, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.**

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1.** **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação da documentação solicitada nas condições Gerais.**

7. DISPOSIÇÃO FINAL

- 7.1.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais do seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA 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, 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, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura 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 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 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: DORT - Doenças Ocupacionais**

Relacionadas ao Trabalho, inclusive a LER - Lesão por Esforços Repetitivos, 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.

3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

- 3.1.** 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 recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 3.2.** 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.
- 3.3.** 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.
- 3.4.** 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.
- 3.5.** 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.
- 3.6.** A perda ou redução maior da função de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dará direito a reclamações.

- 3.7. 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.
- 3.8. 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.
- 3.9. 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.
- 3.10. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, 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.
- 3.11. Quaisquer divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como as avaliações da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica 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.
- 3.12. **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.**
- 3.13. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito à indenização por invalidez permanente.
- 3.14. Se ambas as coberturas por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente tiverem sido contratadas, suas indenizações não se acumularão. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte será deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 4.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais e no contrato deste seguro.
- 4.2. 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.

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

- 6.1.** Esta cobertura 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, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação da documentação solicitada nas condições Gerais.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

- 8.1.** No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 8.2.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais do seguro.
- 8.3.** 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 PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	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 tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL 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 rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso 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 do valor do dedo respectivo	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros.	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	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 dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a ¼ 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		

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

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

DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	7
	Unilateral com fistulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fistulas	25
	Lesões da pálpebra	
	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	

DIVERSAS	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	5
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40

DIVERSAS	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
	com função respiratória preservada	15
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	com redução em grau médio da função respiratória	50
	com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colostomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10

DIVERSAS	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Síndrome pós-concussional	5

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA 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, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.
- 1.2. **Para efeito deste seguro, entende-se como “Invalidez 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 através da análise da documentação apresentada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez 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 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) perturbações mentais, nervosas e emocionais;
- i) as lesões classificadas como: DORT - Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho, inclusive a LER - Lesão por Esforços Repetitivos, 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.

3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

- 3.1. 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.
- 3.2. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, 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.
- 3.3. Quaisquer divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como as avaliações da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica 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.
- 3.4. **Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de invalidez total por acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.**

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 4.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais e no contrato deste seguro.

- 4.2.** 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.

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

- 6.1.** Esta cobertura 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, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1.** A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação da documentação solicitada nas condições Gerais.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

- 8.1.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais do seguro.
- 8.2.** 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 DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento antecipado do capital segurado, desde que contratado, 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 do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia 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 como o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumpção** – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos** – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

- 2.12. Deambular** – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.13. 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.
- 2.14. Deficiência Visual** – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.15. Disfunção Imunológica** – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. Doença Crônica** – Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. Doença Crônica em Atividade** – Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19. Doença em Estágio Terminal** – Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20. 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 ou tumores malignos em atividade.
- 2.21. Doença Profissional** – Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.22. Estados Conexos** – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.23. Etiologia** - Causa de cada doença.
- 2.24. Fatores de Risco e Morbidade** – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.25. Hígido** – Saudável.
- 2.26. Médico Assistente** – Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.27. Prognóstico** – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.28. Quadro Clínico** – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.29. Recidiva** – Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

- 2.30. Refratariedade Terapêutica** – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.31. Relações Existenciais** – Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.32. Sentido de Orientação** – Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.33. Seqüela** – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.34. Transferência Corporal** – Capacidade do Segurado 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. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 9 – 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:

- 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°; e
- 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 mencionados nas 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, os abaixo especificados:
- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, 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) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

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, 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.**
- 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 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 facultado 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.** 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.
- 10.10.** 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 de Morte, 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 demais disposições contidas nas condições contratuais do seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – COBERTURA AUTÔNOMA

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado, desde que contratado, 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 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 do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia 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 como o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumção** – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos** – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

- 2.12. Deambular** – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.13. 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.
- 2.14. Deficiência Visual** – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.15. Disfunção Imunológica** – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16. Doença Crônica** - Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17. Doença Crônica em Atividade** – Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19. Doença em Estágio Terminal** - Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20. 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 ou tumores malignos em atividade.
- 2.21. Doença Profissional** – Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.22. Estados Conexos** – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.23. Etiologia** - Causa de cada doença.
- 2.24. Fatores de Risco e Morbidade** – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.25. Hígido** – Saudável.
- 2.26. Médico Assistente** – Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.27. Prognóstico** – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.28. Quadro Clínico** – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.29. Recidiva** – Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

- 2.30. Refratariedade Terapêutica – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.31. Relações Existenciais – Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.32. Sentido de Orientação – Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.33. Seqüela – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.34. Transferência Corporal – Capacidade do Segurado 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. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 9 – 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:

- 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°; e
- 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 mencionados nas 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, os abaixo especificados:

a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, 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) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

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, 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.
- 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 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 facultado 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.** 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.
- 10.10.** 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 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 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 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 demais disposições contidas nas condições contratuais do seguro.

TABELAS IFPD
DOCUMENTO 1 - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS:

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20

Condições clínicas e estruturais do Segurado	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) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a auto-suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

DOCUMENTO 2 - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC – índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento antecipado do capital segurado, desde que contratado, da cobertura de Morte ao próprio segurado, em caso de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, 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.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.2. **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.
- 2.3. **Médico-Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.4. **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

3. COBERTURA

- 3.1. Entende-se por Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.
- 3.1.2. A atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.
- 3.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos:
- a) pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa;

- b) 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;**
- c) doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito direta ou indireta, em qualquer expressão, com a(s) atividade(s) profissional(is) exercida(s) pelo segurado, em qualquer momento progressivo;**
- d) doenças agravadas por traumatismos;**
- e) toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos; e**
- f) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como sendo de “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de acidente pessoal.**

5. CARÊNCIA

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

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

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

7. CAPITAIS SEGURADOS

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

8. PRÊMIO

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

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1.** A data da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico-assistente.

- 9.2. A data da Invalidez Laborativa 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.
- 9.3. 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.
- 9.4. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença.
- 9.5. **Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:**
- a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;
 - b) relatório médico totalmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e o grau de invalidez, com data de diagnóstico, exames e tratamentos reduzidos, bem como a data da caracterização da invalidez.
- 9.6. 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.
- 9.6.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação 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.
- 9.7. Será facultado 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.**
- 9.8. 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.

- 9.9.** 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.

10. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

- 10.1.** 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 Laborativa Permanente e Total por Doença.

11. PERÍCIA MÉDICA

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

12. JUNTA MÉDICA

- 12.1.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Laborativa 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.
- 12.2.** A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.
- 12.3.** 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.
- 12.4.** 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.

13. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 13.1.** Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura de Morte, 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.
- 13.2.** Caso não seja comprovada a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

14. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

14.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Laborativa 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.

15. DISPOSIÇÃO FINAL

15.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais do seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA 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 valor da diária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do segurado, renda esta que deverá ser comprovada. Em caso de sinistro, poderá ser solicitada sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal comprovada do segurado, o pagamento da indenização será realizado pelo valor comparado e não pelo valor contratado, não cabendo devolução de prêmio recolhido pela seguradora.
- 1.3. A “incapacidade temporária” caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer qualquer atividade relativa à 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. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura de Incapacidade Física Temporária (IFT):
 - a) epidemias, envenenamento de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
 - 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 e acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro de conhecimento do segurado;
 - 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 abração 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; e**
- p) os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, que não tenham, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular.**

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1. 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. CAPITAL SEGURADO

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

5. PRÊMIO

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

6. CARÊNCIA

- 6.1. 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.**
- 6.2. Não será aplicada a carência acima nos casos de acidente pessoal.**

7. FRANQUIA

7.1. Esta cobertura poderá prever um período de dias de franquia, contados da data da ocorrência e que será determinado no contrato do seguro.

8. LIMITE DE DIÁRIAS

8.1. 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.

9. PERÍCIA MÉDICA

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

10. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

- 10.1.** As divergências de natureza médica sobre as causas do evento relacionadas a esta garantia serão dirimidas por uma junta médica constituída de 3 (três) médicos nomeados um pelo segurado, um pela seguradora e o terceiro, desempataador, escolhido de comum acordo pelos nomeados. 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.
- 10.2.** Havendo divergências sobre a escolha do médico desempataador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 11.1.** Esta cobertura 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.

12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

12.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação da documentação solicitada nas condições Gerais.

13. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

13.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

14. DISPOSIÇÃO FINAL

- 14.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA 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.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Estarão excluídas da Cobertura de Auxílio Funeral do seguro as consequências diretas ou indiretas das seguintes ocorrências:**
 - a) atos de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes, exceto se resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
 - b) inundações, furacões, erupções vulcânicas, tempestades, terremotos, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
 - c) radiações ionizantes, materiais e armas nucleares, contaminação por radioatividade ou resíduo de combustão de material nuclear e de explosões nucleares;
 - d) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo, mas não limitado a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras;
 - e) culpa do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior;
 - f) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
 - g) imprudência ou negligência grave do segurado, assim declarado judicialmente, bem como atos contrários à lei;

- h) acidentes sofridos pelo segurado em estado de desequilíbrio mental, sob o efeito do álcool, drogas, entorpecentes e medicamentos não prescritos por ordem médica;
- i) suicídio ou tentativa de suicídio, exceto se o evento ocorrer após 2 (dois) anos do ingresso do segurado, conforme Código Civil vigente;
- j) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme Código Civil vigente; e
- j) cremação, em caso de falecimento, para os segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço.

2.2. 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.

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 e CPF do segurado (cópia autenticada);
- RG, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral (cópia autenticada); e
- notas fiscais e recibos das despesas com o funeral (original).

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.
- 4.3. 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 facultado 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. 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 demais disposições contidas nas condições contratuais do seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA 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 morte de seu cônjuge, 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. 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 demais coberturas mediante solicitação na proposta de adesão, e desde que contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

- 2.1. Entende-se como “cônjuge”, o(a) companheiro(a) dos segurados, solteiros, viúvos, separados judicialmente ou divorciados, desde que tal condição esteja reconhecida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou pelo Regulamento do Imposto de Renda

3. INCLUSÃO NO SEGURO

- 3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges de todos os segurados.
- 3.2. Equiparam-se ao cônjuge os(as) companheiros(as) dos segurados, desde que haja concordância com a anotação feita na respectiva Carteira Profissional de Trabalho.
- 3.3. 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 registrado(as) de acordo com regulamentação própria.
- 3.4. **A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra à inclusão, ou caso ocorra à 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 nestes últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INDEVIDA INCLUSÃO DA COBERTURA DE CÔNJUGE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto nos riscos excluídos das condições contratuais da apólice.

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, ou ainda sua Invalidez Permanente Total por Acidente ou da Invalidez Funcional Permanente 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 contratuais da presente apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA 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 morte de seu cônjuge, 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. O cônjuge poderá também participar das demais coberturas mediante solicitação na proposta de adesão e desde que contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

- 2.1. Equipara-se ao cônjuge o(a) companheiro(a) dos segurados, solteiros, viúvos, separados judicialmente ou de fato, desde que tal condição esteja reconhecida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou pelo Regulamento do Imposto de Renda e que esteja indicado na proposta de adesão.

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 nestes últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INDEVIDA INCLUSÃO DA COBERTURA DE CÔNJUGE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto nos riscos excluídos das condições contratuais da apólice.

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 solicitada a inclusão de seu cônjuge 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 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 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 contratuais da presente apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA 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 morte de algum de seus filhos dependentes, maior de 14 (quatorze) anos, 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. 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. Consideram-se como “filhos” os filhos e enteados menores considerados dependentes do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR).
- 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 incluso no seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto nos riscos excluídos das condições contratuais da apólice.

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 da Invalidez Funcional Permanente 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 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 contratuais da presente apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado, desde que contratado, 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.

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.

3. GRUPO SEGURADO

- 3.1. Filhos legítimos de segurados recém nascidos que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por médico habilitado. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatada 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 nas 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;
 - 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 ao 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 constatação da ocorrência do evento deverá ser realizada até os 3 (três) primeiros meses de vida do filho do segurado, devendo ser comunicada a seguradora e apresentados os 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; e
- cópia autenticada do CPF e RG do segurado.

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 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 facultado 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.**
- 9.6. A indenização será paga em forma de pagamento único.
- 9.7. **Não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.**
- 9.8. 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. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

- 11.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

- 12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Seja bem-vindo à Vida Seguradora, uma companhia acessível, flexível e transparente. A seguir, você encontrará a descrição de nossas Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso ocorra algum dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas pelo estipulante e indicada na proposta contratação, de adesão, nas condições contratuais e no certificado individual, desde que o evento não se enquadre como “riscos excluídos” ou “não cobertos” pela legislação vigente.

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.

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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
c) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadra 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 fixam 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 identificado 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. Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

- 2.24. Período de Vigência: período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.
- 2.25. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.
- 2.26. **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os percentuais ou valores de carregamento e os impostos.
- 2.27. **Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.28. **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.
- 2.29. **Riscos Excluídos:** os riscos, previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.30. **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.31. **Seguradora:** a Vida Seguradora 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.
- 2.32. **Seguro Contributário:** aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.33. **Seguro Não Contributário:** aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.
- 2.34. **Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. MORTE ACIDENTAL

3.1.1. 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 em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

3.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que

podem ser substituídas, a critério da Vida Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.

3.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

3.2.1. 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, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.

3.2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

3.2.3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

3.2.3.1. 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 recuperação) e verificada a existência de Invalidez Permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

3.2.3.2. 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 destas condições gerais.

3.2.3.3. 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 destas condições gerais.

3.2.3.4. 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 destas condições gerais, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.2.3.5. 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 destas condições gerais, caso houvesse a perda completa desse membro.

3.2.3.6. 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.

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

3.2.3.8. 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 destas condições gerais, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

3.2.3.9. 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.

3.2.3.10. Quaisquer divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como as avaliações da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica 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.

3.2.3.11. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito à indenização por Invalidez Permanente.

3.2.3.12. Se ambas as coberturas por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente tiverem sido contratadas, suas indenizações não se acumularão. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente

por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte será deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

3.2.4. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA

3.2.4.1. Mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente, a porcentagem para o cálculo da indenização será elevada para 100% (cem por cento) no caso de acidente coberto, para os seguintes órgãos:

- Perda total do uso de um dos dedos indicadores;
 - Perda total do uso de um dos polegares;
 - Perda de um olho; e
 - Perda total do uso de uma das mãos.
- No caso de lesões múltiplas previstas ou não nesta cláusula, a indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado da cobertura de invalidez permanente. O segurado se obriga, em caso de acidente coberto por estas apólices e sob pena de perder o direito a qualquer indenização, a submeter-se a exame médico por profissional indicado pela seguradora, desde que tal medida seja considerada necessária.

3.2.4.2. As coberturas previstas nesta cláusula somente serão aplicadas aos seguintes profissionais: médicos, dentistas, advogados, músicos, artistas plásticos, escritores, fisioterapeutas, arquitetos, desenhistas técnicos e comerciais, engenheiros. No caso de não comprovação do exercício de tais profissões esta cláusula será considerada sem efeito, prevalecendo os percentuais originais da Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, para cálculo de Indenização Permanente Parcial.

3.3. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

3.3.1. 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, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

3.3.2. Para efeito deste seguro, entende-se como “Invalidez 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.

3.3.3. 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.

3.3.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

3.4. DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

Garante o reembolso ao segurado, até o limite do capital segurado contratado, no caso de acidente coberto, durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado sob os critérios definidos na Condição Especial da cobertura de DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS, anexa.

3.5. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Garante ao segurado, o pagamento de uma importância segurada contratada por dia de internação hospitalar comprovada em estabelecimento hospitalar de sua livre escolha, observados os critérios estabelecidos na Condição Especial da cobertura de DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR, anexa

3.6. INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA

Garante ao segurado o pagamento das diárias a que tiver direito, se sua incapacidade, decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, perdurar além do 15º (décimo quinto) dia contado a partir do fato gerador da incapacidade, com base na Condição Especial da cobertura de INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA, anexa

3.7. COBERTURAS SUPLEMENTARES

3.7.1. 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 Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente do seguro os eventos ocorridos em consequência de:**
- a) **quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
 - b) **acidentes médicos;**
 - c) **tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;**
 - d) **ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;**
 - e) **perturbações mentais, nervosas e emocionais;**
 - f) **as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos;**
 - g) **envenenamentos por absorção de substância tóxica, exceto escapamento de gases e vapores;**
 - h) **alterações mentais conseqüentes da ação do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas, de forma direta ou indireta;**
 - i) **furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
 - j) **suicídio ou a tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;**
 - k) **danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente;**
 - l) **atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;**
 - m) **viagens em aeronaves ou embarcações:**
 - **que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;**
 - **dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;**
 - **que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.**
 - n) **epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas.**

4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1., estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) perda de dentes e os danos estéticos;**
- b) os eventos ocorridos em consequência de qualquer perda, redução, impotência permanente total ou parcial de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.**

4.2.1. 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.

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

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 e/ou atividades, podendo ser compulsória ou facultativa.

7. CARÊNCIA

7.1. Além da carência legalmente prevista de 2 (dois) anos para o suicídio, será 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.

8. FRANQUIA

8.1. Será aplicada uma franquia de no mínimo 15 (quinze) dias a contar da data da ocorrência do evento coberto, 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 ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

9.2.2. Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação 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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 10.1.** A vigência da cobertura individual 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, mediante pagamento único ou pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.
- 10.2.** 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.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO 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 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. 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.
- 11.4. 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.
- 11.5. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

12. CAPITAIS SEGURADOS

- 12.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

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 a 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 garantia de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou segurado.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 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 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.** Para os seguros de prazo inferior 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 item 19 – CANCELAMENTO DAAPÓLICE, 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 à 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 ou em caso de mudança de faixa etária, caso previsto no contrato.

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 legislação vigente.

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; e
- quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. Havendo atraso no pagamento do prêmio, por período superior a 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento, a Seguradora se reserva o direito de cancelar automaticamente o seguro.

Durante o período de inadimplência a cobertura do seguro será mantida com conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da Indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

19.2. Decorrido o prazo de inadimplência sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

- 19.3.** Havendo o desejo por parte do segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do prêmio pago.
- 19.4.** No caso de morte do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.
- 19.5.** A apólice poderá ser cancelada:
- por solicitação escrita do estipulante ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro;
 - se o estipulante não aceitar as condições de reavaliação propostas pela seguradora para a manutenção do seguro.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 20.1.** 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 de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.
- 20.2.** 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.
- 20.3.** 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.
- 20.3.1.** Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação 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.
- 20.4.** O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 20.5.** **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**
- 20.5.1. Em caso de Morte Acidental:**
- **comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);**
 - **Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);**
 - **cópia do RG e CPF do segurado;**
 - **cópia do Registro de Emprego e Comprovante de Pagamento do Salário do mês do Óbito;**
 - **cópia do RG e CPF do beneficiário;**

- **Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge);**
- **Boletim de Ocorrência Policial;**
- **CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);**
- **Lauda Necroscópico do IML.**

20.5.2. Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- **comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);**
- **cópia do Boletim de Ocorrência ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho);**
- **exame de corpo delito, quando indicado;**
- **cópia do RG e CPF do segurado;**
- **cópia do Registro de Empregado;**
- **comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade;**
- **cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);**
- **no caso de Invalidez Total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;**
- **relatório médico contendo as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.**

20.5.3. Em caso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

20.5.3.1. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá se feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

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

20.5.3.3. Cabe ao segurado livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. Não obstante, poderá a seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços, colocando-os à livre disposição do segurado.

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

20.5.4. Em caso de Diária por Internação Hospitalar:

20.5.4.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação da documentação solicitada nas Condições Especiais.

20.5.5. Em caso Incapacida Física Temporária:

- **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; e**
- **cópia autenticada do CPF e RG do segurado.**

20.5.5.1. O valor a ser indenizado ao(s) segurado(s) será igual ao valor da diária vezes o número de dias de afastamento, respeitados os períodos de carência e franquia.

20.6. 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.

20.7. 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.

20.8. 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.

21. PERDA DE DIREITOS

21.1. O segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- **inexatidão ou omissão nas declarações da proposta de adesão, que possam influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro;**
- **não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;**
- **utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas conseqüências para obter ou aumentar a indenização;**

- fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar 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 seguros por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado.
- 21.2. 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.**
- 21.2.1. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.**
- 21.3. 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.**
- 21.4. 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.**

22. BENEFICIÁRIOS

- 22.1.** 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.
- 22.2.** 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.
- 22.3.** 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.
- 22.3.1.** Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado ao(s) antigo(s) beneficiário(s).

- 22.4. A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.**
- 22.5.** O beneficiário do(s) cônjuge(s) e filho(s) será sempre o segurado.
- 22.6.** Caso não seja(m) indicado(s) o(s) beneficiário(s) na proposta de adesão, o capital segurado será pago conforme os princípios estabelecidos no Código Civil vigente.
- 22.7.** 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. SUB-ROGAÇÃO

- 23.1.** 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.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

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

- k) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- l) cumprir toda as cláusulas da presente apólice.

25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

- 25.1.** 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 necessário para complementação do processo, passando, a partir de sua entrega, a contar novo prazo para regulação do sinistro;
 - b) informar por escrito ao segurado, a ocorrência do 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.

26. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 26.1.** Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 26.2.** Qualquer modificação da apólice em vigor, que traga prejuízos ou novos ônus aos segurados, não previsto nestas condições gerais, dependerá da anuência expressa dos segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 26.3. Neste seguro não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.**
- 26.4. O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**
- 26.5. 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.**
- 26.6. 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.**
- 26.7.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 26.8.** 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.

26.9. Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais serão pagos com base em literatura mundial.

27. FORO

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	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 tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL 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 rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso 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 do valor do dedo respectivo	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros.	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	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 dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a ¼ 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		

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

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

DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	7
	Unilateral com fistulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fistulas	25
	Lesões da pálpebra	
	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	

DIVERSAS	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	5
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40

DIVERSAS	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
	com função respiratória preservada	15
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	com redução em grau médio da função respiratória	50
	com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colostomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10

DIVERSAS	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Síndrome pós-concussional	5

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o reembolso ao segurado, até o limite do capital segurado contratado, no caso de acidente coberto, durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.
- 1.2. A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e odontológicas incorridas, a critérios médicos, necessários para o restabelecimento do segurado, observados o limite máximo de indenização indicado no certificado individual.
- 1.3. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 1.4. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO):**
 - a) estado de convalescença (após alta médica);
 - b) despesas de acompanhantes; e
 - c) aparelhos que se referem a órtese de qualquer natureza e prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1. **Serão elegíveis para esta cobertura todas as pessoas físicas que possuírem 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. 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.

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

- 6.1.** Esta cobertura 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.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1.** A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação da documentação solicitada nas condições Gerais.

8. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

- 8.1.** O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

- 9.1.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante ao segurado, o pagamento de uma importância segurada contratada por dia de internação hospitalar comprovada em estabelecimento hospitalar de sua livre escolha, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, decorrentes de acidente ao próprio segurado, observadas as restrições legais e contratuais.

2. DEFINIÇÕES

Além das definições constantes nas condições gerais, deverão ser consideradas estas para fim desta cobertura:

- 2.1 **Hospital:** é o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1(um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:
- qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de hospital acima;
 - Instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
 - clínica ou locais de acomodações e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool ou drogas;
 - instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécie; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “spas”;
 - “Home Care” (internação domiciliar).
- 2.2. **Internação Hospitalar:** período de permanência do segurado na instituição hospitalar legalmente habilitada por determinações médicas, resultantes de acidente pessoal ocorrido com o mesmo.
- 2.3. **Tratamentos Cirúrgicos:** aqueles decorrentes de sinistros que exigem ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.
- 2.4. **Tratamentos Clínicos:** aqueles decorrentes de sinistros que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicar em ato cirúrgico.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH):

- a) gravidez e suas conseqüências;
- b) internação hospitalar decorrente de patologias classificadas como transtornos mentais e comportamentais;
- c) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- d) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro, e salvo aquelas reparadoras de lesões decorrentes do tratamento cirúrgico de neoplasias;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações do corpo, exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro, alteradas em razão do evento ocorrido na vigência do seguro;
- f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- g) tratamento por rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas conseqüências;
- h) internação com duração menor do que 2 (duas) diárias; e
- i) internação hospitalar decorrente do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes.

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.

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. Não será aplicada para os eventos cobertos por esta cobertura.

8. FRANQUIA

- 8.1.** A cobertura desta condição está sujeita a franquia de 2 (dois) dias, ou seja, somente estarão cobertas pelo seguro as internações hospitalares efetivadas a partir, inclusive, do terceiro dia da respectiva internação hospitalar.

9. LIMITE DE DIÁRIAS

- 9.1.** É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus, correspondente a até 365 (trezentos e sessenta e cinco).

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.** As divergências de natureza médica sobre as causas do evento relacionadas a esta garantia serão dirimidas por uma junta médica constituída de 3 (três) médicos nomeados um pelo segurado, um pela seguradora e o terceiro, desempataador, escolhido de comum acordo pelos nomeados. 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.
- 11.2.** Havendo divergências sobre a escolha do médico desempataador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 12.1.** Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) segurado(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.
- 12.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) segurado(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 12.3.** 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.
- 12.3.1.** Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação 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.
- 12.4.** O valor a ser indenizado ao(s) segurado(s) será igual ao valor da diária vezes o número de dias de afastamento, respeitados os períodos de carência e franquia.
- 12.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**
- **relatório do procedimento de internação com a descrição do tratamento, prognóstico e alta médica definitiva;**
 - **Aviso de Sinistro preenchido pelo médico-assistente, responsável e/ou alguém por ele indicado, contendo a descrição do evento, datado e assinado pelo segurado;**
 - **prontuário médico comprovando a internação hospitalar;**
 - **todos os exames realizados; e**
 - **cópia autenticada do CPF e RG do segurado.**
- 12.6.** 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.
- 12.7.** Será facultado 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.**
- 12.8.** O seguro dará cobertura se o segurado, ou alguém por ele indicado, comunicar a internação previamente à seguradora através de exames e relatórios do seu médico-assistente, a qual deverá ser por ele assinada, indicando a data e o motivo da internação, o tempo de existência da doença, dados clínicos que justifiquem o procedimento e o nome do hospital ou clínica onde será realizada a internação.
- 12.9.** Em qualquer caso, quando a comunicação da internação não obedecer à previsão de prazo dos itens precedentes, a seguradora poderá exigir do médico-assistente e da instituição hospitalar documentação complementar que caracterize, suficientemente, a internação.
- 12.10.** 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.

- 12.11.** Quando a internação hospitalar superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo responsável ou alguém por ele indicado a cada 15 (quinze) dias.
- 12.12.** De posse do relatório médico atualizado, a seguradora efetuará o pagamento das diárias por internação hospitalar, de acordo com o valor contratado na proposta de adesão, correspondentes ao período em que o segurado esteve internado, a contar do último pagamento efetuado pela seguradora até a alta médica ou a utilização do limite de diárias.
- 12.13.** Quando o período de internação hospitalar não superar os 30 (trinta) dias, a seguradora providenciará um único pagamento correspondente ao período em que o segurado permaneceu internado.
- 12.14.** A seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o segurado tiver direito de acordo com o período de internação hospitalar, desde que sejam justificadas por relatório médico e exames complementares, ou por auditoria médica.
- 12.15. Em caso de morte do segurado, cessará o direito ao pagamento de diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu internado serão indenizadas ao(s) seu(s) beneficiário(s) nos moldes da legislação sucessória em vigor.**

13. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

- 13.1.** O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

14. DISPOSIÇÃO FINAL

- 14.1.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA 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, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, perdurar além do 15º (décimo quinto) dia contado a partir do fato gerador da incapacidade.
- 1.2. O valor da diária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do segurado, renda esta que deverá ser comprovada. Em caso de sinistro, poderá ser solicitada sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal comprovada do segurado, o pagamento da indenização será realizado pelo valor comparado e não pelo valor contratado, não cabendo devolução de prêmio recolhido pela seguradora.
- 1.3. A “incapacidade temporária” caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer qualquer atividade relativa à 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. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura de Incapacidade Física Temporária (DIT):
 - a) epidemias e pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;
 - b) incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do segurado no seguro;
 - c) acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro de conhecimento do segurado;
 - d) cirurgias para mudança de sexo, qualquer tratamento cirúrgico para impotência sexual, esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, inseminação artificial e respectivas conseqüências;
 - e) cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais e reconstrução mamária em decorrência de retirada de câncer, desde que o diagnóstico da doença tenha ocorrido durante a vigência do seguro;

- f) tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com finalidade estética;
- g) quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença ou abração química e cirúrgica;
- h) tratamento odontológico e ortodôntico;
- i) hospitalização para a realização de exames de rotina;
- j) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- k) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes;
- l) as lesões classificadas como: Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho (DORT), inclusive a Lesão por Esforços Repetitivos (LER), problemas auditivos e outros;
- m) procedimentos não previstos no Código de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- n) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente; e
- o) os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, que não tenham, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular.

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1. 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. CAPITAL SEGURADO

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

5. PRÊMIO

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

6. CARÊNCIA

- 6.1. 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 caso de acidente.

7. FRANQUIA

7.1. Poderá ser aplicada uma franquia de no mínimo 15 (quinze) dias a contar da data da ocorrência do evento coberto.

8. LIMITE DE DIÁRIAS

8.1. 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.

9. PERÍCIA MÉDICA

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

10. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

- 10.1. As divergências de natureza médica sobre as causas do evento relacionadas a esta garantia serão dirimidas por uma junta médica constituída de 3 (três) médicos nomeados um pelo segurado, um pela seguradora e o terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos nomeados. 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.
- 10.2. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 11.1. Esta cobertura 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.

12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

12.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação da documentação solicitada nas condições Gerais.

13. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

13.1. O segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo seguro deverá comunicar sua intenção previamente por escrito à seguradora, sob pena de perda de direito.

14. DISPOSIÇÃO FINAL

- 14.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA 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 morte de seu cônjuge, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado e cobertura serão limitados no contrato e indicados 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 demais coberturas mediante solicitação na proposta de adesão, e desde que sejam contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

- 2.1. Entende-se como “cônjuge” o(a) companheiro(a) dos segurados, solteiros, viúvos, separados judicialmente, ou de fato, desde que tal condição esteja reconhecida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou pelo Regulamento do Imposto de Renda.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

- 3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges de todos os segurados.
- 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 incluso já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização, sendo nestes últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INDEVIDA INCLUSÃO DA COBERTURA DE CÔNJUGE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto nos riscos excluídos das condições contratuais da apólice.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

- 5.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:
 - na data do início da cobertura 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, com sua Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - 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 escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1.** O capital segurado do cônjuge incluído automaticamente e como 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 contratuais da presente apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, em caso de morte de seu cônjuge, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado e cobertura serão limitados no contrato e indicados no certificado individual.
- 1.2. O cônjuge poderá também participar das demais coberturas mediante solicitação na proposta de adesão e desde que contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

- 2.1. Equipara-se ao cônjuge o(a) companheiro(a) dos segurados, solteiros, viúvos, separados judicialmente ou de fato, desde que tal condição esteja reconhecida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou pelo Regulamento do Imposto de Renda e que esteja indicado na proposta de adesão.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

- 3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges dos segurados que expressamente autorizarem/solicitarem a inclusão de forma facultativa dos respectivos cônjuges.
- 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 incluso já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização, sendo nestes últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INDEVIDA INCLUSÃO DA COBERTURA DE CÔNJUGE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto nos riscos excluídos das condições contratuais da apólice.

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 solicitada a inclusão de seu cônjuge 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;
 - 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 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; 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 contratuais da presente apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA 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 morte de algum dos seus filhos dependentes, maior de 14 (quatorze) anos, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado e cobertura serão limitados no contrato e indicados no certificado individual.**
- 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. Consideram-se como “filhos” os filhos, enteados e menores, desde que dependentes do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR).**
- 2.2. Não podem participar desta cobertura os filhos que façam parte do grupo de segurados e os não dependentes do segurado.**

3. INCLUSÃO NO SEGURO

- 3.1. Participarão do presente seguro todos os filhos dependentes 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 incluso no seguro.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. De acordo com o disposto nos riscos excluídos das condições contratuais da apólice.**

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

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

- na data do início da cobertura 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 garantido por esta condição especial 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;
 - a pedido por escrito do segurado;
 - se o filho deixar de ser dependente do segurado, conforme item 2.1.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1.** O capital segurado da cobertura de morte acidental 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 será paga aos herdeiros legais.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1.** Será o disposto nas condições gerais do seguro.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR

- 11.1.** 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.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

- 12.1.** Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições contratuais da presente apólice.

MANUAL DE ASSISTÊNCIAS

1. TELEFONES DE EMERGÊNCIA – 24H, 7 DIAS POR SEMANA

0800 775 7196 (Brasil)

55 11 4689 5519 (exterior)

Para acionar os serviços de Decessos (Funeral), Assistência à Pessoa ou Desconto em Medicamentos ligue para o número acima e informe:

- Nome do Segurado
- N° de apólice e/ou Certificado
- Endereço
- Local e telefone de onde poderão ser encontrados os familiares
- Descrição da solicitação ou dúvida.

Para maiores informações sobre os serviços, ligue para: **0800 884 8844 (Brasil)**

2. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

Exclusivamente para o **Decessos** o segurado poderá optar entre realizar o serviço através da Central de Atendimento ou buscar prestadores de sua livre escolha, submetendo os comprovantes de despesa à análise da Seguradora para fins de reembolso, até o limite do plano contratado.

Para os demais serviços, sempre deverá haver o prévio contato com a Central de Atendimento para a realização dos serviços previstos.

3. REEMBOLSO DE DESPESAS

Os possíveis reembolsos serão calculados e efetuados, desde que observados os custos/limites de despesas constantes de cada plano, e desde que tal serviço tenha sido informado/autorizado expressamente pela Central de Atendimento, salvo nos casos de Decessos.

Para solicitar reembolso envie a documentação solicitada ao endereço correspondente, conforme abaixo:

Endereço para pedido de Reembolso (Decessos):

MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.

Edifício MAPFRE 18º andar – A/C Sinistro Vida

Av. das Nações Unidas, 11.711

04578-000 - São Paulo - SP - Brooklin

Documentação básica necessária

- Carta do Beneficiário, Estipulante, Subestipulante ou do Corretor de Seguros, solicitando o reembolso.
- Caso o Beneficiário seja a(o) Companheira(o) do Segurado: Certidão de Pensão por Morte expedida pelo INSS caracterizando o vínculo de união estável e Escritura Pública de Declaração de Convivência Marital, devendo ser acrescida a informação quanto à existência de filhos do Segurado, casos estes também sejam caracterizados como beneficiários do Seguro;
- Certidão de Óbito do Segurado (cópia autenticada);
- CPF e RG do Beneficiário (cópia autenticada);
- CPF e RG do Segurado (cópia autenticada);

CONDIÇÕES DO DECESSOS

O Decessos garante o custeio e a prestação do serviço para a realização do funeral, conforme descrito neste Manual de Assistências, desde que especificado na Proposta, Certificado e/ou Contrato e enquanto o Plano estiver vigente.

1. DEFINIÇÕES

A seguir são apresentadas definições utilizadas neste Manual que precisam ser entendidas para compreensão de seu sentido e abrangência.

- a) Segurado – É pessoa física, residente e domiciliado no Brasil, que contrata o Funeral, ou seu(s) Dependente(s), em caso de contratação de Plano no Padrão Familiar, **devidamente especificado na Proposta, Certificado e/ou Contrato.**
- b) Dependentes – Serão considerados dependentes o cônjuge e filho(s), este(s) assim definidos de acordo com a legislação do Imposto de Renda.
- c) Serviço – É o conjunto de providências tomadas pela empresa terceirizada para a organização, de forma abrangente e adequada, do funeral do Segurado, conforme padrão e plano contratados e respectivo limite de despesas.
- d) Duração - Os Serviços serão prestados a partir do início de vigência do Plano, conforme especificado na **Proposta, Certificado e/ou Contrato, e enquanto o mesmo estiver em vigor.**
- e) Acionamento – A família deverá, sempre que necessário, contatar imediatamente a Central de Atendimento antes de qualquer procedimento para que seja devidamente orientada.

2. GARANTIAS DO DECESSOS

Em caso de falecimento do Segurado, serão prestados os serviços referentes ao funeral **até o limite especificado (R\$2.500,00, R\$3.000,00, R\$3.500,00, R\$4.000,00, R\$ 4.500,00 ou R\$ 5.000,00) e de acordo com o padrão contratado, constante na Proposta, Certificado e/ou Contrato. Os serviços especificados a seguir poderão ser contratados nos padrões Individual ou Familiar.**

Caso sejam solicitados serviços que ultrapassem este limite, os valores correrão por conta da família.

3. CARÊNCIA

O período de carência será de 30 (trinta) dias, contados a partir das 24 horas do dia que a proposta for aceita pela Seguradora. Este prazo de carência não será aplicado se o falecimento do Segurado ocorrer em consequência de um acidente, entendendo-se como tal o produzido por uma causa violenta, súbita, externa e alheia à vontade do Segurado.

4. ÂMBITO TERRITORIAL E DURAÇÃO

O âmbito territorial da assistência será o seguinte:

- a) No que se refere ao repatriamento (internacional) do corpo, estender-se-á ao óbito do Segurado ocorrido quando em viagem no **EXTERIOR**, desde que, a estadia do mesmo fora da sua residência habitual não seja superior a 60 dias.
- b) A utilização dos serviços, previstos neste Anexo, se dará, exclusivamente, durante a vigência da apólice de Seguro Decessos e aos Segurados que vierem a falecer, respeitado o prazo de carência acima mencionado.

5. GARANTIA DE ASSISTÊNCIA AO REPATRIAMENTO

Os serviços a serem prestados “POST-MORTEM” aos Segurados abrangem a modalidade previstas neste artigo e será prestada com as condições aqui estabelecidas, desde que:

- a) Respeitados integralmente os artigos 1, 2, 3 e 4 deste anexo.
- b) O Segurado não tenha optado pelo recebimento da capital segurado.

5.1. REPATRIAMENTO DO SEGURADO

No caso de falecimento do Segurado, a empresa terceirizada tratará das formalidades para repatriamento do corpo, garantindo o pagamento das despesas de transporte até o local de inumação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento da urna funerária necessária para este transporte.

6. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO FUNERAL

6.1. ALÉM DAS EXCLUSÕES JÁ PARTICULARIZADAS NESTE CONTRATO E NA CLÁUSULA DA APÓLICE DE SEGUROS DECESSOS, NÃO SERÃO CONCEDIDAS AS SEGUINTE PRESTAÇÕES:

- a) Assistência a toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas praticadas pelo Segurado;
- b) Assistência derivada da morte por suicídio, ou lesões e consequências decorrentes de tentativas do mesmo. Exceto se a Seguradora, determinar o atendimento em cumprimento a legislação em vigor;
- c) Assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo voluntário de álcool, drogas, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos adquiridos sem recomendação médica;
- d) Assistência derivada de práticas desportivas em competição de caráter profissional por parte dos Segurados;
- e) Qualquer atendimento de assistência a falecimentos, seja traslado de corpos, seja assistência a sepultamento ou cremação, quando os familiares do Segurado ou seus beneficiários optarem pelo recebimento da capital segurado contratado pelo seguro; e

f) Despesas correspondentes aos serviços a serem prestados de Assistência ao Sepultamento ou Cremação do Segurado Falecido, os quais não são relacionados ao repatriamento do corpo do Segurado.

6.2. Ficam excluídos das prestações previstas neste contrato os atos praticados por ação ou omissão do Segurado, causados por má fé.

Os serviços anteriormente discriminados não poderão ser prestados quando não houver cooperação, por parte de familiares ou qualquer outra pessoa que venha a solicitá-los em nome do Segurado, no que se refere às informações solicitadas pela empresa terceirizada. Também estão limitados os serviços caso haja impedimento legal por autoridade competente (IML, Polícia, etc.) no acesso ao corpo.

7. COMUNICAÇÃO

Quando ocorrer algum fato objeto das prestações de serviço, o beneficiário ou familiar do Segurado solicitará pelo telefone a assistência correspondente, informando seu nome, número da apólice ou do Certificado Individual do Seguro, bem como o local onde se encontra o Segurado e o serviço de que necessita.

Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros documentos a carteirinha do Segurado, a Proposta de Adesão ou ainda, eventualmente, documentos que comprovem a contratação do plano.

8. CANCELAMENTO DOS DIREITOS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

A empresa terceirizada se dá o direito de cancelar automaticamente estas garantias sempre que:

- a) O Segurado ou Beneficiário causar ou provocar intencionalmente um fato que dê origem à necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos; e
- b) O Segurado ou Beneficiário omitir informações ou fornecer intencionalmente informações falsas.

Solicitação de Prestação do Serviço

- a) Central de Atendimento
Os serviços devem ser solicitados pelo telefone que consta na capa deste manual.

A empresa terceirizada poderá ser acionada 24 horas por dia, 7 dias por semana.

9. OBRIGAÇÕES GERAIS

a) Cooperação com a Prestação do Serviço

Os familiares deverão cooperar com a empresa terceirizada a fim de possibilitar a prestação dos serviços contidos neste Manual de Serviços.

Se julgar necessário, a empresa terceirizada **poderá solicitar o envio de documentos originais, às custas dos familiares, para o cumprimento das formalidades.**

b) Reclamações

Qualquer reclamação sobre os serviços realizados pela empresa terceirizada deverá ser encaminhada à Seguradora dentro do prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de ocorrência do evento

GARANTIAS DA ASSISTÊNCIA À PESSOA

1. DEFINIÇÕES

1.1. ASSISTÊNCIA PESSOAS SUAS BAGAGENS E OBJETOS PESSOAIS:

SEGURADO- Entende-se por **SEGURADO**, no caso de pessoas físicas, o titular da Apólice de Seguros administrada pela **Vida Seguradora S.A.** desde que tenham residência habitual no Brasil.

BENEFICIÁRIO - Entende-se por Beneficiário, além do Segurado:

a) Para as garantias de Assistência às Pessoas, Bagagens e Objetos Pessoais - O cônjuge, ascendentes e descendentes em primeiro grau do Segurado, sempre que convivam com ele e sejam seus dependentes conforme legislação do IR.

b) Para as garantias de Assistência a Recolocação Profissional – não haverá beneficiário para essa modalidade que será prestada exclusivamente ao Segurado.

VEÍCULO ASSISTIDO - Entende-se por VEÍCULO ASSISTIDO, os veículos de propriedade do Segurado e/ou Beneficiário designado pela Seguradora, desde que não seja destinado ao transporte público de mercadorias ou passageiros, de aluguel, com ou sem condutor, ou peso máximo autorizado superior a 3.500kg, motocicletas ou qualquer outro veículo que não tenha 04 (quatro) rodas. Com até 10 (dez) anos de fabricação.

2. FRANQUIA QUILOMÉTRICA

2.1. No que se refere as coberturas às Pessoas, suas Bagagens e Objetos Pessoais, o direito às prestações dos serviços de assistência começa a partir de 100 km, a contar da residência do Segurado.

3. ÂMBITO TERRITORIAL E DURAÇÃO

3.1. O ÂMBITO TERRITORIAL DA ASSISTÊNCIA SERÁ O SEGUINTE:

3.1.1. No que se refere às **Pessoas, suas Bagagens e Objetos pessoais**, suas bagagens e objetos pessoais, estender-se-á aos fatos geradores ocorridos em QUALQUER PARTE DO MUNDO, desde que, a estadia do Segurado e/ou Beneficiário fora da sua residência habitual não seja superior a 60 (sessenta) dias.

3.1.2. No que se refere aos serviços de **Recolocação**, exclusivo para o Segurado estender-se-á ao TERRITÓRIO NACIONAL e desde que respeitadas as condições deste anexo e observadas as exclusões deste contrato.

3.1.3. No que se refere aos serviços de **Assistência ao Veículo**, estender-se-á ao TERRITÓRIO NACIONAL, REPÚBLICA ARGENTINA, URUGUAI, PARAGUAI E CHILE.

3.1.4. No que se refere aos serviços a Residência, estender-se-á ao TERRITÓRIO NACIONAL.

3.2. A duração das garantias dos serviços de assistência aqui descritos, fica limitada à vigência da apólice do seguro ofertada pela Seguradora ao Segurado e/ou Beneficiário da qual é adicional.

4. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIAS À PESSOA

Os serviços relativos aos Segurados e Beneficiários, abrangem as modalidades previstas neste artigo, e serão prestadas de acordo com as condições aqui estabelecidas; desde que respeitados integralmente os artigos 1, 2 e 3 deste instrumento.

4.1. REMOÇÃO MÉDICA POR ACIDENTE (AMBULÂNCIA)

Se necessário e quando solicitado, a empresa terceirizada realizará, após terem sido tomadas as providências de primeiros socorros ou liberação por parte do médico responsável e/ou do poder público, a remoção do Beneficiário em caso de acidente ou após alta hospitalar, até o hospital, clínica ou médico mais próximo capacitado para realização do atendimento.

Este serviço somente poderá ser acionado, quando o evento ocorrer a partir de 100 km da residência habitual do Segurado.

Limite: Até R\$ 300,00 (trezentos reais).

Se não houver ambulância disponível para transporte ou falta de infra estrutura no local do evento do sinistro, a empresa terceirizada garantirá os custos decorrentes do transporte providenciado pelo Segurado por meio de reembolso mediante apresentação da nota fiscal original do serviço, limitado à R\$ 300,00 (trezentos reais).

Após a alta hospitalar, se o Segurado não puder retornar ao domicílio pelos seus próprios meios, a empresa terceirizada garantirá o transporte até a residência do Segurado.

Nota: Este serviço abrange a assistência prestada pelo médico que estiver acompanhando a ambulância.

4.2. TRANSPORTE OU REPATRIAMENTO NO CASO DE LESÕES OU DOENÇA NO BRASIL OU EXTERIOR

Quando o centro hospitalar da localidade não dispuser de recursos adequados para o tratamento do quadro clínico apresentado, a **empresa terceirizada** garantirá o pagamento das despesas de transporte do Beneficiário em ambulância, ou no meio recomendado pelo médico responsável, até o centro hospitalar mais adequado ou até a residência habitual do mesmo.

A equipe médica da **empresa terceirizada** manterá os contatos necessários com o centro hospitalar ou com o médico que atender o Beneficiário para acompanhar a assistência prestada, bem como definirá com o médico

responsável a real necessidade do transporte e o meio a ser utilizado. Este serviço somente poderá ser acionado, quando o evento ocorrer a partir de 100 kms da residência do Segurado.

4.3 TRANSPORTE OU REPATRIAMENTO DOS BENEFICIÁRIOS ACOMPANHANTES

Quando a lesão ou doença do Segurado e/ou Beneficiário não permitir a continuação da viagem ou o regresso ao domicílio pelo meio inicialmente previsto, a empresa terceirizada garante o pagamento das despesas de transporte em linha regular dos Beneficiários acompanhantes até à residência habitual do Segurado e/ou Beneficiário ou até o local onde estes se encontrem hospitalizados.

Se algum dos Beneficiários acompanhantes tiver idade inferior a 15 (quinze) anos e não tiver acompanhante, a empresa terceirizada garantirá o atendimento adequado durante a viagem até a sua residência habitual ou o lugar da hospitalização do Segurado.

Este serviço somente poderá ser acionado, quando o evento ocorrer a partir de 100kms da residência do Segurado.

4.4 TRANSPORTE E ESTADIA DE UM FAMILIAR DO SEGURADO OU BENEFICIÁRIO

Quando o período de hospitalização do Segurado e/ou Beneficiário for superior a 5 (cinco) ou 10 (dez) dias e este estiver desacompanhado, a empresa terceirizada garante a um familiar o pagamento das seguintes despesas:

4.4.1. Em território brasileiro:

- Custo da viagem de ida e volta até o local de hospitalização
- Os gastos de estadia neste local, a partir do 5º (quinto) dia, com limite diário do equivalente a R\$ 100,00 (cem reais) por dia, até um limite do equivalente a R\$ 400,00 (quatrocentos reais) por toda a estadia.

4.4.2. No exterior:

- Custo da viagem de ida e volta até o local de hospitalização.
- Os gastos de estadia, a partir do 10º (décimo) dia, com um limite de R\$ 300,00 (trezentos reais) por dia até o máximo de R\$ 1.800,00 (Hum mil e oitocentos reais) por toda a estadia (ou o equivalente em moeda local), convertido pelo câmbio comercial compra do dia.

Este serviço somente poderá ser acionado, quando o evento ocorrer a partir de 100kms da residência do Segurado.

4.5. TRANSPORTE DO SEGURADO OU BENEFICIÁRIO POR INTERRUÇÃO DA VIAGEM DEVIDO AO FALECIMENTO DE UM FAMILIAR

A empresa terceirizada garante o pagamento das despesas de transporte em

linha regular (comercial), do Segurado e/ou Beneficiário quando se interrompa a viagem por falecimento, no Brasil, do seu cônjuge ou parentes em até 2º grau, até ao local de inumação desde que, a locomoção não seja possível pelo meio de transporte inicialmente utilizado na viagem ou ainda que este meio não possibilite a sua locomoção no tempo necessário.

Este serviço somente poderá ser acionado, quando o evento ocorrer a partir de 100kms da residência do Segurado.

4.6. TRANSPORTE URGENTE DO SEGURADO OU BENEFICIÁRIO POR OCORRÊNCIA DE SINISTRO NO SEU DOMICÍLIO

A **BRASIL ASSISTÊNCIA** garante o pagamento das despesas de transporte em linha regular (comercial), do Segurado e/ou Beneficiário até sua residência, desde que esta esteja desabitado, devido a ocorrência de um sinistro de roubo ou furto com violação de portas ou janelas, incêndio ou explosão, a torne inabitável ou com grave risco de que se produzam maiores danos, justificando assim, sua presença e necessidade de locomoção, sempre que não possa efetuar este transporte no meio utilizado inicialmente em sua viagem, ou ainda que este meio não possibilite a sua locomoção no tempo necessário.

4.7. ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SEGURADO E/OU BENEFICIÁRIO POR LESÃO OU DOENÇA NO EXTERIOR

Nos casos de lesão ou doença no Exterior do Segurado e/ou Beneficiário, a **empresa terceirizada** garante ao Segurado e/ou Beneficiários, o pagamento das despesas de hospitalização, intervenções cirúrgicas, honorários médicos, despesas odontológicas e produtos farmacêuticos recomendados pelo médico responsável pelo atendimento, até um limite de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial compra do dia.

4.8. ADIANTAMENTO PARA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS AO SEGURADO E/OU BENEFICIÁRIOS, NO EXTERIOR

Nos caso em que os gastos de hospitalização, internações cirúrgicas de emergência, honorários médicos, odontológicos e produtos farmacêuticos excederem a cobertura prevista no item anterior, a **empresa terceirizada**, a título de empréstimo, providenciará o pagamento, junto ao prestador de serviço que estiver atendendo o Segurado e/ou Beneficiários, do valor equivalente até R\$ 3.000,00 (três mil reais), ou o equivalente em moeda do local onde estiver a Segurado e/ou Beneficiários, convertido pelo câmbio comercial compra do dia.

Esse empréstimo será feito mediante a entrega à **empresa terceirizada** de cheque-caução de valor equivalente em reais por um representante do Segurado e/ou Beneficiários e expressa autorização e reconhecimento do

adiantamento por esse representante e pelo Segurado e/ou Beneficiários. O Segurado e/ou Beneficiários deverá reembolsar a **empresa terceirizada** deste valor em reais.

O prazo máximo para o reembolso será de 30 (trinta) dias, a contar da data do adiantamento. O não-pagamento desse adiantamento no prazo acima estabelecido implicará o pagamento de juros monetários de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do adiantamento em atraso.

4.9. PROLONGAMENTO DE ESTADIA DO SEGURADO E/OU BENEFICIÁRIOS NO EXTERIOR POR LESÃO OU DOENÇA

A **empresa terceirizada** garante o pagamento das despesas de hotel do Segurado e/ou Beneficiários quando, por lesão ou doença e prévia recomendação do médico responsável, se lhe imponha o prolongamento da estadia no exterior para tratamento, com um limite de R\$ 300,00 (trezentos reais) por dia, até o máximo de R\$ 1.800,00 (hum mil e oitocentos reais) por toda a estadia, ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial compra do dia.

4.10. TRANSPORTE OU REPATRIAMENTO DO SEGURADO FALECIDO E DOS BENEFICIÁRIOS ACOMPANHANTES DO SEGURADO NO EXTERIOR

No caso de falecimento de um dos Segurados e/ou Beneficiários, a **empresa terceirizada** tratará das formalidades para repatriamento do corpo, garantindo o pagamento das despesas de transporte até o local de inumação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento da urna funerária necessária para este transporte. A **empresa terceirizada** garante também as despesas de transporte ou repatriamento dos Beneficiários acompanhantes até suas residências ou até o local de inumação, sempre que não seja possível a utilização do meio de transporte da viagem inicial, ou ainda que este meio não possibilite a sua locomoção no tempo necessário. Se algum dos Beneficiários tiver idade inferior a 15 (quinze) anos e não tiver acompanhante, a empresa terceirizada garante o atendimento adequado durante a viagem.

4.11. TRANSMISSÃO DE MENSAGENS URGENTES

A **empresa terceirizada** garante a transmissão de mensagens urgentes, do Segurado e/ou Beneficiários, desde que se refiram a quaisquer dos eventos referentes as modalidades de prestação previstas neste contrato.

4.12. INFORMAÇÕES EM CASO DE PERDA OU ROUBO DE DOCUMENTOS NO EXTERIOR

No caso de perda ou roubo de documentos, a **empresa terceirizada** assessorará o Segurado e/ou Beneficiários no fornecimento de informações e orientações para a obtenção de documentos provisórios ou definitivos necessários para o prosseguimento da viagem.

4.13. ASSISTÊNCIA JURÍDICA NO EXTERIOR

No caso de acidente ou demanda, a **empresa terceirizada** assessorará o segurado na indicação de um advogado de seu cadastro, bem como enviará, a título de adiantamento, o valor equivalente até R\$ 3.000,00 (três mil reais), ou o equivalente em moeda local convertido pelo câmbio comercial de compra do dia, caso haja condenação de fiança judicial. Na hipótese de procedimento judicial, a **empresa terceirizada** fará o adiantamento da quantia de até R\$ 3.000,00 (três mil reais), ou o equivalente em moeda local convertido pelo câmbio comercial do dia, para o pagamento das custas judiciais e honorários advocatícios.

Este empréstimo será feito mediante a entrega à empresa terceirizada de cheque-caução no mesmo valor em reais por um representante do segurado, e expressa autorização deste representante.

O Segurado e/ou Beneficiário deverá reembolsar a empresa terceirizada desse adiantamento em reais. O prazo máximo para este reembolso é de 30 (trinta) dias a contar da data do empréstimo. O não-pagamento desta dívida no prazo acima estabelecido, implicará no pagamento de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e na multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

4.14. SERVIÇO DE MOTORISTA PROFISSIONAL NO BRASIL

No caso da impossibilidade do Beneficiário conduzir o veículo assistido por motivo de doença, acidente pessoal ou falecimento e nenhum dos acompanhantes possa substituí-la com a devida habilitação, a empresa terceirizada arcará com os gastos de contratação de um motorista profissional para transportar o veículo assistido junto com os seus ocupantes diretamente até o domicílio habitual do segurado ou até o ponto de destino da viagem, sempre que em território nacional.

4.15. INFORMAÇÕES PRÉVIAS PARA VIAGEM

No caso de viagem ao exterior, a empresa terceirizada facilitará ao Beneficiário as seguintes informações: necessidade de vistos, documentos necessários, exigência de vacinas, idioma, e telefones de Embaixadas Brasileiras.

4.16. ADIANTAMENTO DE FUNDOS NO EXTERIOR, POR PERDA OU ROUBO DE DOCUMENTOS

Em caso de perda ou roubo de documentos, desde que devidamente comprovado através de denúncia às autoridades competentes, a empresa terceirizada assessorará o Segurado e/ou Beneficiário no fornecimento de informações e orientações para a obtenção de documentos provisórios ou definitivos necessários ao prosseguimento da viagem, a título de empréstimo, o envio do valor equivalente a até R\$ 2.000,00 (dois mil reais) ou o equivalente

em moeda do local onde estiver o Beneficiário, convertido pelo câmbio comercial compra do dia.

Este empréstimo será feito mediante a entrega à empresa terceirizada de cheque caução de valor equivalente, em reais, por um representante do Beneficiário e expressa autorização e reconhecimento da dívida por este representante e pelo Beneficiário.

O Beneficiário deverá reembolsar a empresa terceirizada deste valor em reais. O prazo máximo para este reembolso é de 30 (trinta) dias a contar da data do empréstimo. O não-pagamento desta dívida no prazo acima estabelecido, implicará no pagamento de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e na multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

5. GARANTIAS RELATIVAS AS BAGAGENS E OBJETOS PESSOAIS

Os serviços relativos às bagagens e objetos pessoais extraviados pertencentes ao Segurado e/ou Beneficiários, são as relacionadas neste artigo, e serão prestadas de acordo com as seguintes condições:

5.1. LOCALIZAÇÃO E TRANSPORTE DE BAGAGEM E OBJETOS PESSOAIS

A empresa terceirizada assessorará o Segurado e/ou Beneficiários na reclamação de roubo ou extravio de sua bagagem e objetos pessoais, e ainda, ajudará na gestão de sua localização.

Na hipótese de recuperação, a empresa terceirizada se encarregará de sua expedição até o local da viagem previsto pelo Segurado e/ou Beneficiários, ou até seu domicílio habitual.

5.2. EXTRAVIO DA BAGAGEM

Em caso de extravio da bagagem do Segurado em vôo regular (comercial), este deverá comunicar imediatamente o fato a Companhia Aérea e obter uma prova por escrito desta notificação (formulário P.I.R.), após esta medida deverá entrar em contato com a empresa terceirizada informando o fato.

Caso esta bagagem não seja recuperada dentro de 24 (vinte e quatro) horas contadas a partir da notificação à empresa terceirizada, esta pagará ao Segurado a quantia de R\$ 300,00 (trezentos reais), ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial compra do dia. Se a bagagem for recuperada posteriormente, o Segurado deverá reembolsar a empresa terceirizada, deste valor em reais. O prazo máximo para este reembolso é de 30 (trinta) dias a contar da data de recuperação da bagagem. O não-pagamento desta dívida no prazo acima estabelecido, implicará no pagamento de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e na multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

6. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIA A RECOLOCAÇÃO PROFISSIONAL

6.1. GARANTIA DE AUXILIO RECOLOCAÇÃO PROFISSIONAL

6.1.1. Esta assistência é válida apenas para o Segurado, conforme definido no item 1, letra A, supra, desde que tenha residência habitual no Brasil.

A empresa terceirizada garantirá ao Segurado, que no início da vigência da apólice possuir vínculo empregatício com carteira assinada por no mínimo 06 (seis) meses, auxílio de recolocação profissional, caso venha a ser demitido sem justa causa. O serviço de auxílio de recolocação profissional será prestado, por empresa de consultoria de recursos humanos especializada em recolocação profissional, conforme descrito a seguir.

6.1.2. Para o Segurado que possuir endereço de correio eletrônico (e-mail), esta cobertura garantirá:

- Colocação dos dados curriculares do segurado por 03 (três) meses no site da empresa de consultoria, que possui acesso a vagas de emprego em todo o território nacional;
- Aviso via “e-mail” diário, de novas vagas correspondentes ao perfil do segurado titular;
- Envio dos dados curriculares, via correio eletrônico para as vagas selecionadas pelo segurado;
- Consultor virtual para esclarecimentos e orientação ao segurado.

6.1.3. No caso do Segurado não possuir endereço eletrônico caberá ao mesmo a criação de um endereço eletrônico através de provedores de internet gratuitos, sendo que o Segurado poderá acessá-lo de qualquer micro computador que tenha acesso a internet.

Em ambos os casos relacionados acima a empresa terceirizada disponibilizará uma senha de acesso ao site para que o Segurado possa informar seus dados curriculares, sendo o preenchimento de inteira responsabilidade do Segurado

6.1.4. O Segurado que na data de início de vigência da apólice não possuir vínculo empregatício com carteira assinada, não estará coberto por esta assistência.

6.1.4.1. Não serão consideradas, para efeito desta cláusula, as demissões decorrentes de ou em função de:

- a) Programa de incentivo a demissão, ou seja aqueles incentivados pelo empregador por aposentadoria, pensão, retiro / ausência ou qualquer outro tipo de demissão voluntária;
- b) Abandono de emprego;
- c) Demissão do Segurado com data anterior a data de início deste contrato;

d) Demissão por justa causa.

Nota: A empresa terceirizada não garante a recolocação do Segurado apenas disponibilizará os serviços descrito neste artigo ao mesmo.

7. ASSISTÊNCIA VEÍCULO

A assistência relativa aos Veículos Assistidos, abrange a modalidade prevista neste artigo, que serão prestadas conforme descrito abaixo, desde que respeitados os artigos anteriores.

7.1. REBOQUE OU TRANSPORTE DO VEÍCULO ASSISTIDO

No caso em que o Veículo Assistido não puder circular, por pane, a empresa terceirizada arcará com os gastos do reboque ou transporte do veículo assistido até a oficina mais próxima ao local do evento, à escolha do Segurado e/ou Beneficiário.

O limite máximo deste gasto é o equivalente a R\$ 200,00, (Duzentos Reais), por evento limitado a 3 (três) eventos por ano.

Sempre que tecnicamente possível será providenciado o reparo no local, arcando com os serviços de mão-de-obra, obedecendo ao limite acima, cabendo ao Segurado arcar com as despesas das peças a serem trocadas.

8. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIA A RESIDÊNCIA ASSISTIDA

As assistências relativas a Residência Assistida, abrangem as modalidades previstas neste artigo, e serão prestadas conforme descritas abaixo, desde que respeitados os artigos anteriores.

8.1. HIDRÁULICA

A empresa terceirizada enviará à Residência Assistida, profissionais para reparar o vazamento interno que causa ou possa causar alagamentos. Estão inclusos nesse serviço as despesas de envio, custo com materiais e mão-de-obra dos profissionais até o limite de R\$ 100,00 (Cem Reais) por ano, sendo uma intervenção ao ano.

A empresa terceirizada não assumirá custos de reparo definitivo, nem serviços de alvenaria ou qualquer serviço de desobstrução.

Nota: Estão excluídos desta cobertura o reparo de: torneiras, reservatórios subterrâneos, aquecedores, caixa d'água, bombas hidráulicas, assim como, o desentupimento de banheiros, sifões, ou reparação de goteiras por má impermeabilização ou proteção das paredes externas do imóvel.

8.2. ENVIO DE CHAVEIRO POR PERDA OU ROUBO DAS CHAVES

Se devido à ocorrência de perda ou roubo de chaves, o Segurado não puder entrar na Residência Assistida, não havendo outra alternativa viável para fazê-lo, a empresa terceirizada enviará um chaveiro até a residência para que, se possível, seja realizada a abertura da porta e efetuada uma cópia da chave.

O limite máximo para esta cobertura será de R\$ 80,00 (oitenta reais) por intervenção, limitado a 02 (duas) intervenções por ano.

Nota: Estão excluídas desta cobertura as fechaduras de portas internas e guarda-roupas da Residência Assistida.

8.3. ENVIO DE CHAVEIRO POR ROUBO OU FURTO DA RESIDÊNCIA

No caso de roubo ou furto qualificado da Residência Assistida em que tenha havido arrombamento de janelas ou de portas de entrada e de acesso comum a mesma, com danificação da(s) fechadura(s), empresa terceirizada assumirá os serviços emergenciais de reparo ou substituição desta(s) fechadura(s), sendo expressamente excluídos os demais danos.

O limite máximo para reparo e substituição será de R\$ 200,00 (Duzentos reais) por intervenção, limitado a 01 (uma) intervenção por ano.

Nota: Estão excluídas desta cobertura as fechaduras de portas internas, guarda-roupas, assim como janelas internas da Residência Assistida.

8.4. SERVIÇO DE FAXINEIRA

Em caso de hospitalização por acidente pessoal do Segurado ou seu cônjuge, prescrita por médico e decorrente de eventos amparados neste Anexo, sempre que o período de hospitalização seja superior a 7 (sete) dias, a empresa terceirizada assumirá os gastos com uma faxineira por um período máximo de 10 (dez) dias, limitado a R\$ 50,00 (Cinquenta Reais) por dia, estando limitada a uma intervenção por ano.

9. EXCLUSÃO

9.1. Além das exclusões já particularizadas neste contrato, não serão concedidas as prestações seguintes:

a) Serviços solicitados diretamente pelo Segurado e/ou Beneficiário, sem prévio consentimento da empresa terceirizada, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada.

b) Assistência a toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas do Segurado ou Beneficiários.

c) Assistência derivada da morte por suicídio, ou lesões e consequências decorrentes de tentativas do mesmo.

d) Assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo voluntário de álcool, drogas, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos adquiridos sem recomendação médica.

e) Despesas e/ou tratamento de doenças nervosas, neuroses, psicoses, inclusive traumática ou puerperal, bem como as causadas por epilepsia traumática ou essencial, que exijam internação, psiquiatria, psicanálise, psicoterapia ou sonoterapia.

- f) Assistência derivada de práticas desportivas em competição de caráter profissional por parte do Segurado ou Beneficiários, bem como, a participação do Veículo Assistido em competições, apostas ou provas de velocidade.
- g) Assistência derivadas de panes repetitivas que caracterizam falta manifesta de manutenção do Veículo Assistido.
- h) Assistência ao carona transportado gratuitamente em consequência de “auto-stop” (carona) e àqueles que ultrapassem a capacidade nominal do Veículo Assistido.
- i) Assistência ao Usuário ou Beneficiários ou ao Veículo Assistido quando em trânsito por estradas ou caminhos de difícil acesso aos veículos comuns, impedidos ou não abertos ao tráfego, de areias fofas ou movediças.
- j) Despesas extras da estadia como: refeições, bebidas, e todas aquelas que não estejam inclusas no custo da diária do hotel.
- k) Residências de veraneio ou que não possam ser caracterizadas como habitual e permanente do Usuário e/ou Beneficiário.
- l) Estabelecimentos comerciais com partes utilizadas como residência ou residências com parte dela utilizada para fins comerciais, seja pelo usuário ou por terceiros.

9.2. Excluem-se ainda das prestações e coberturas da empresa terceirizada, as derivadas dos seguintes fatos:

- a) Atos de terrorismo, revoltas populares, greves, sabotagem, guerras e quaisquer perturbações de ordem pública.
- b) Atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz.
- c) Os eventos que tenham por causa irradiações provenientes da transmutação ou desintegração nuclear ou da radioatividade.
- d) Confisco, requisição ou danos produzidos na residência assistida, por ordem de Governo, de direito ou de fato, ou de qualquer autoridade instituída.
- e) Eventos decorrentes de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônicas atípicas, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos, etc.

9.3. Ficam excluídos das prestações previstas neste contrato os atos praticados por ação ou omissão do Usuário e/ou Beneficiário, causadas por má fé.

10. COMUNICAÇÃO

Quando ocorrer algum fato objeto de prestação dos serviços de assistência, o Segurado e/ou Beneficiários solicitará pelo telefone a assistência correspondente, informando seu nome e número do CPF, número da apólice, bem como o local onde se encontra e o serviço de que necessita.

11. CANCELAMENTO DOS DIREITOS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

A empresa terceirizada se dá o direito de cancelar automaticamente estas garantias sempre que:

- a) Segurado e/ou Beneficiários causar ou provocar intencionalmente um fato que dê origem à necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos.
- b) Segurado e/ou Beneficiários omitir informações ou fornecer intencionalmente informações falsas.

12. DESCONTO EM MEDICAMENTOS

Nos casos de necessidade de aquisição de medicamentos, oferece ao segurado **Descontos Especiais de até 50%** nos medicamentos constantes da LPM® - Lista Prevsaude de Medicamentos, quando adquiridos nos estabelecimentos conveniados.

Para ter acesso às vantagens exclusivas, o segurado deverá apresentar a Carteirinha de Assistências MAPFRE com a logomarca da PrevSaúde junto à sua Receita Médica em uma das farmácias constantes da Rede Nacional de Farmácias Credenciadas, mais próxima da sua residência.

Para utilizar de forma correta seu benefício, o segurado poderá acessar o site **www.prevsaude.com.br** ou entrar em contato com **CAP - Central de Atendimento Prevsaude: 0300 789 6690 (Diariamente das 8h às 24h)** consultando a relação de Medicamentos e a listagem de todas as farmácias conveniadas.

13. PROMOÇÃO DE CESSÃO DE SORTEIO DE CAPITALIZAÇÃO

A Vida Seguradora é proprietária de Títulos de Capitalização emitidos pela MAPFRE CAPITALIZAÇÃO S/A, CNPJ 09.382.998/0001-00, de acordo com a Nota Técnica e suas Condições Gerais aprovadas pela SUSEP sob o nº. 15414.000959/2008-16.

Ao adquirir o **Seguro MAPFRE Vida Você MultiFlex**, o segurado receberá **promocionalmente** a Cessão de participação em 1 (um) sorteio mensal no valor líquido de Imposto de Renda de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) através do NÚMERO DA SORTE informado no Certificado.

Os sorteios serão apurados com base na Extração da Loteria Federal do Brasil, do último sábado de cada mês, a partir do mês de adesão do seguro (desde que a aceitação seja efetuada com antecedência de 24 horas da data do sorteio) e nos meses subseqüentes a aceitação do seguro, até o último mês de vigência deste Certificado, e o número contemplado em cada série será formado pelas unidades do 1º ao 5º prêmio, conforme exemplo a seguir:

1º Prêmio: 38415

2º Prêmio: 17135

3º Prêmio: 08493

4º Prêmio: 28401

5º Prêmio: 22469

Assim o número contemplado seria: **55319**

Não sendo realizada extração na data prevista, será considerada a extração subsequente que a substitua.

Atenção: os benefícios são válidos por 12(doze)meses a contar do início de vigência do seguro, e desde que pagas as parcelas em seus respectivos vencimentos.

REGULAMENTO DO DEFENSOR DO SEGURADO

ARTIGO 1º – DA CONSTITUIÇÃO

Por decisão do Conselho de Administração da **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.**, foi constituído o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**.

§ 1º– O objetivo da constituição do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é proteger os direitos dos **Segurados** e participantes pessoas físicas e garantir a equidade de suas relações com a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.** e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** – doravante denominadas “Empresas” – mediante a apreciação e o julgamento dos eventuais conflitos de interesses que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada.

§ 2º– O recurso ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é de caráter gratuito e só será acatado para as reclamações que não entraram na área contenciosa e que não superem o limite de alçada previsto neste Regulamento.

§ 3º– A atuação do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** estende-se aos participantes de planos de previdência e suas decisões são vinculantes à **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.**, pela anuência de seus acionistas.

ARTIGO 2º – DA COMPETÊNCIA

Para o desenvolvimento de suas funções, compete ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:

- a) Conhecer e resolver as reclamações que, dentro dos respectivos contratos, sejam formuladas por **Segurados** ou participantes, pessoas físicas, ou pelos que os sucedam neste direito específico, com exclusão das reclamações de terceiros. As resoluções deste item possuem caráter vinculante às Empresas.
- b) Analisar as cláusulas contratuais e recomendar aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas os ajustes técnicos das coberturas e/ou introdução no contrato ou nos regulamentos operacionais de cláusulas ou regras que aperfeiçoem o relacionamento entre as partes. Tais recomendações não têm caráter vinculante; porém, sua viabilidade de implementação deve ser considerada.

ARTIGO 3º – DAS ALÇADAS

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** serão adotadas com base no critério de equidade e, possuindo caráter vinculante às

Empresas – se aceitas pelos **Segurados** ou participantes e se a quantia do direito que se reconhece não exceder R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil), devem ser de cumprimento obrigatório pelas Empresas num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.

§ 1º– O reclamante poderá aceitar tais resoluções ou recorrer às ações que legalmente lhe correspondam para a defesa de seus direitos.

ARTIGO 4º – SOBRE O DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O Cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** será exercido por pessoa devidamente habilitada, designada pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas. A escolha deverá recair em juristas de reconhecido prestígio ou em catedráticos das Faculdades de Direito, com preferência os que tenham experiência em entidades relacionadas ao seguro e aos planos de previdência.

§ 1º– Entende-se por pessoa devidamente habilitada aquela que atenda aos seguintes quesitos:

a) Isenção – A inexistência de vínculo empregatício com as **Empresas** lhe confere a imparcialidade necessária que a função requer.

b) Conhecimento – Uma área tão específica requer um profissional cujo profundo domínio da instituição do seguro seja uma referência no mercado.

c) Autonomia – Uma vez analisada a reclamação relativa a contratos de seguros ou previdência privada, sua resolução será reconhecida e acatada pela **Empresa**.

d) Moral – Sua ilibada reputação é credencial para que suas resoluções sejam irrefutáveis e assumidas pelas partes como equilibradas, justas e éticas.

§ 2º– Não poderá ser considerado para o cargo aquele que esteja exercendo função de conselheiro, executivo ou funcionário das Empresas, nem pessoas que tenham parentesco com eles até o segundo grau, inclusive por afinidade.

§ 3º– **O DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** não será considerado eticamente habilitado a resolver eventuais reclamações oriundas de segurados ou participantes com quem tenha vínculo de parentesco até 2º grau, ascendentes ou descendentes, ou ainda em causa própria.

ARTIGO 5º – DO MANDATO

A duração do cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** será de 3 (três) anos. Por decisão dos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, será admitida a recondução do titular ao cargo sucessivamente, sem limite de tempo, até que este complete 75 (setenta e cinco) anos de idade.

- § 1º– A tomada de posse do cargo determina a atribuição ao empossado do título de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e lhe dá o poder de organizar a instituição da forma que permita facilitar e agilizar a resolução das reclamações e colaborar com recomendações aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, contribuindo para o aperfeiçoamento da relação jurídica contratual.
- § 2º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** pode ser destituído do cargo pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas a qualquer momento, após análise e deliberação embasadas em fatos que visem ao aprimoramento da função.
- § 3º– Quando ocorrer o afastamento permanente ou temporário por qualquer motivo ou a destituição do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** do cargo dentro do período de sua designação, um substituto interino deverá ser indicado em caráter de urgência pelos Presidentes dos Conselhos de Administração das Empresas. O substituto interino deverá permanecer na função até que os Conselhos de Administração das Empresas possam indicar um novo **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que iniciará, a partir de sua nomeação, um novo mandato de 3 (três) anos.

ARTIGO 6º – DO FUNCIONAMENTO

Podem recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** todas as pessoas físicas – segurados, participantes de planos previdenciários ou seus beneficiários legais – que, em função de sinistros ou de qualquer outra circunstância derivada do seu contrato de seguro ou regulamento de plano, tenham qualquer reclamação contra as Empresas até o limite da alçada definido neste Regulamento. Para maior agilidade do processo, a reclamação, juntamente com as demais documentações, poderá ser elaborada pelo corretor de seguros e enviada ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, desde que a referida reclamação seja assinada também pelo segurado.

- § 1º– Serão requisitos imprescindíveis para se recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:
- a) que o reclamante tenha esgotado a via da reclamação ordinária ante os órgãos competentes das Empresas respectivas, entendendo-se que esta via estará esgotada quando:
 1. exista uma decisão expressa do diretor territorial da **MAPFRE SEGUROS**;
 2. haja transcorrido um período de 60 (sessenta) dias corridos, contados desde quando o **Segurado** formulou sua reclamação escrita, e esta não tenha sido resolvida pelo diretor territorial correspondente;
 - b) que a reclamação seja feita na forma escrita, endereçada à Caixa Postal

do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** via Correios, CEP 05804-970 – São Paulo/SP.

- § 2º– A aceitação para trâmite do processo de reclamação compete exclusivamente ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que deverá comunicar diretamente ao reclamante, em até 8 (oito) dias corridos após o recebimento da correspondência, com cópia ao corretor e às Empresas, o seguinte:
- a) a aceitação do processo para trâmite imediato e o prazo de até 2 (dois) meses (sessenta dias) para resolver o conflito;
 - b) a aceitação do processo sob a condição de que o **Segurado** ou participante se comprometa a fornecer os documentos complementares necessários para a reclamação. Quando a reclamação estiver em ordem quanto aos itens requisitados, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará ao reclamante e às Empresas que o mesmo entrará em tramitação. A partir desse momento, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** terá o prazo de até 2 (dois) meses (sessenta dias) para sua resolução;
 - c) sua não-aceitação, indicando as causas que assim as justifiquem.
- § 3º – Após o trâmite da reclamação, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará por escrito a sua resolução e o motivo pelo qual ela foi tomada diretamente ao reclamante, com cópia ao seu corretor e às Empresas.
- § 4º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** solicitará de cada uma das Empresas, por meio dos diretores territoriais, todas as informações de que necessite relacionadas às reclamações admitidas para trâmite, e as Empresas as atenderão num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.
- § 5º– Os diretores-presidentes das Empresas ordenarão o cumprimento das resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** que tenham sido aceitas pelo reclamante em até 8 (oito) dias corridos, já que possuem caráter obrigatório. No caso das recomendações que não sejam vinculantes, elas deverão ser encaminhadas para análise de aplicação.
- § 6º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** redigirá, a cada ano, até o dia 28 de fevereiro, um relatório de sua atuação, que apresentará aos presidentes dos respectivos Conselhos de Administração das Empresas.

ARTIGO 7º – DAS OBRIGAÇÕES DAS EMPRESAS

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** são de caráter vinculante às Empresas, razão pela qual a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.** e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** obrigam-se a acatá-las, desde

que estejam dentro do limite de alçada determinado neste Regulamento e desde que sejam aceitas pelo reclamante.

- § 1º– As recomendações do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** com relação à modificação de cláusulas contratuais e/ou aos ajustes técnicos nos contratos e regulamentos operacionais das Empresas não são obrigatórias e podem, ou não, ser aceitas.
- § 2º– Cada uma das Empresas tem a obrigação de, no fim de cada mês, informar ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** a situação final de cada uma das reclamações que tenham sido tramitadas por ele e sobre as quais decidiu.
- § 3º– O Conselho de Administração dará instruções a cada uma das Empresas sobre a divulgação eficaz aos Segurados, Participantes e Corretores sobre a existência do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, assim como seus objetivos e as normas que regulam sua atuação, além das condições obrigatórias para a aceitação das reclamações e dos procedimentos para sua tramitação.

ARTIGO 8º – DOS RECURSOS PARA O DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá dos meios necessários para o exercício independente de suas funções, que lhe será garantido pelos órgãos superiores das Empresas por meio da pré-aprovação de um orçamento anual.

- § 1º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de instalações e organização próprias fora das instalações das Empresas envolvidas, contando com os equipamentos necessários às suas atribuições.
- § 2º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de uma caixa postal de seu uso exclusivo, onde receberá diretamente a correspondência dos segurados.
- § 3º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** contará com a colaboração dos diretores-presidentes das Empresas, que garantirão o bom e pleno funcionamento das relações entre o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e os diversos órgãos das Empresas.

Disque Fraude



0800-775-7333

Todos contra a fraude

A atuação ética é um dos princípios institucionais da MAPFRE no mundo.

É por esse motivo que instituímos, de forma pioneira no Brasil, o DISQUE FRAUDE, um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo. Coragem e respeito por você nos permitem ser ousados para exigir processos e produtos transparentes, sempre.



