

SEGURO DE VIDA EM GRUPO MAPFRE VIDA VOCÊ MULTIFLEX

Condições Gerais

Versão 3.0

CNPJ 02.238.239/0001-20

Processos SUSEP: VG 15414.004036/2008-33 – APC 15414.004011/ 2008-30
Doenças Graves (DG) 15414.004162/2009-79

ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO	17
2. DEFINIÇÕES ADICIONAIS	17
3. CONDIÇÕES PARA A ACEITAÇÃO	17
4. NOSSAS GARANTIAS	18
5. LIMITE DE IDADE	30
6. PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO	30
7. CORREÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO	30
8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL	32
9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	32
10. CANCELAMENTO E RESCISÃO DO CONTRATO	33
11. BENEFÍCIOS AGREGADOS	33
12. PROMOÇÃO DE CESSÃO DE SORTEIO DE CAPITALIZAÇÃO	33
CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO	35
1. OBJETIVO DO SEGURO	35
2. DEFINIÇÕES	35
3. COBERTURAS DO SEGURO	39
4. RISCOS EXCLUÍDOS	44
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	45
6. INCLUSÃO DO SEGURADO	45
7. CARÊNCIA	46
8. FRANQUIA	46
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO	46
10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	47
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	47
12. CAPITALS SEGURADOS	47

13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	47
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	48
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO	48
16. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	49
17. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	49
18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	49
19. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	50
20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	50
21. PERDA DE DIREITOS	54
22. BENEFICIÁRIOS.....	55
23. SUB-ROGAÇÃO.....	56
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	56
25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	57
26. DISPOSIÇÕES FINAIS	57
27. FORO	58
ANTECIPAÇÃO DE INDENIZAÇÃO	59
1. GARANTIA DO SEGURO	59
2. CAPITAL SEGURADO	59
3. CARÊNCIA	59
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	59
5. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	59
6. DISPOSIÇÃO FINAL	60
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE.....	61
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	61
2. RISCOS EXCLUÍDOS	61
3. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	62
4. PRÊMIO	62

5. CESSAÇÃO DA COBERTURA	62
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	62
7. DISPOSIÇÃO FINAL	62
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	63
1. OBJETIVO DO SEGURO	63
2. RISCOS EXCLUÍDOS	63
3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ	64
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	65
5. PRÊMIO	65
6. CESSAÇÃO DA COBERTURA	66
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	66
8. DISPOSIÇÃO FINAL	66
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	74
1. OBJETIVO DO SEGURO	74
2. RISCOS EXCLUÍDOS	74
3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ	75
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	76
5. PRÊMIO	76
6. CESSAÇÃO DA COBERTURA	76
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	76
8. DISPOSIÇÃO FINAL	76
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO	78
1. OBJETIVO DO SEGURO	78
2. DEFINIÇÕES	78
3. DA COBERTURA	80

4. RISCOS COBERTOS.....	80
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	82
6. CARÊNCIA.....	82
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	82
8. CAPITALS SEGURADOS.....	82
9. PRÊMIO.....	83
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	83
11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	84
12. PERÍCIA MÉDICA.....	84
13. JUNTA MÉDICA.....	85
14. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	85
15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	85
16. DISPOSIÇÃO FINAL.....	85
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – COBERTURA AUTÔNOMA.....	86
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	86
2. DEFINIÇÕES.....	86
3. DA COBERTURA.....	88
4. RISCOS COBERTOS.....	88
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	90
6. CARÊNCIA.....	90
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	90
8. CAPITALS SEGURADOS.....	90
9. PRÊMIO.....	90
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	90
11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	92

12. PERÍCIA MÉDICA.....	92
13. JUNTA MÉDICA.....	92
14. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	93
15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	93
16. DISPOSIÇÃO FINAL.....	93

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA
PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA..... 98**

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	98
2. DEFINIÇÕES.....	98
3. COBERTURA.....	98
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	98
5. CARÊNCIA.....	99
6. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	99
7. CAPITALS SEGURADOS.....	99
8. PRÊMIO.....	99
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	99
10. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	101
11. PERÍCIA MÉDICA.....	101
12. JUNTA MÉDICA.....	101
13. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	101
14. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	102
15. DISPOSIÇÃO FINAL.....	102

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA
TEMPORÁRIA..... 103**

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	103
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	103
3. ELEGIBILIDADE.....	104

4. CAPITAL SEGURADO	104
5. PRÊMIO	104
6. CARÊNCIA.....	105
7. FRANQUIA.....	105
8. LIMITE DE DIÁRIAS.....	105
9. PERÍCIA MÉDICA.....	105
10. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA.....	105
11. CESSAÇÃO DA COBERTURA	105
12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	105
13. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	106
14. DISPOSIÇÃO FINAL	106
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL.....	107
1. OBJETIVO DO SEGURO	107
2. RISCOS EXCLUÍDOS	107
3. PRÊMIO	108
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	108
5. DISPOSIÇÃO FINAL	109
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE	110
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	110
2. CONCEITO.....	110
3. INCLUSÃO NO SEGURO	110
4. RISCOS EXCLUÍDOS	110
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE.....	111
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	112
12. DISPOSIÇÃO FINAL	112
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE	113
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	113
2. CONCEITO.....	113
3. INCLUSÃO NO SEGURO	113
4. RISCOS EXCLUÍDOS	113
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE.....	113
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE	114
7. CAPITAL SEGURADO	114
8. PRÊMIO	114
9. BENEFICIÁRIO	114
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	114
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	114
12. DISPOSIÇÃO FINAL	114
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS	115
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	115
2. CONCEITO.....	115
3. INCLUSÃO NO SEGURO	115
4. RISCOS EXCLUÍDOS	115
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	115
6. TÉRMINO DO SEGURO DO(S) FILHO(S)	116
7. CAPITAL SEGURADO	116
8. PRÊMIO	116
9. BENEFICIÁRIO	116

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	116
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	116
12. DISPOSIÇÃO FINAL	116
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS.....	117
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	117
2. DEFINIÇÃO	117
3. GRUPO SEGURADO.....	117
4. RISCOS EXCLUÍDOS	117
5. CARÊNCIA	117
6. CAPITAL SEGURADO	118
7. PRÊMIO	118
8. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	118
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	118
10. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	119
11. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE	119
12. DISPOSIÇÃO FINAL	119
CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE DOENÇAS GRAVES	120
1. OBJETIVO DO SEGURO	120
2. DEFINIÇÕES.....	120
3. COBERTURA DO SEGURO	124
4. RISCOS EXCLUÍDOS	124
5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	127
6. CARÊNCIA	127
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	128
8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	129
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	129
10. CAPITAL SEGURADO	130

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	130
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO	131
13. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	132
14. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	132
15. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	132
16. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	132
17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	133
18. PERDA DE DIREITOS	136
19. BENEFICIÁRIOS.....	137
20. SUB-ROGAÇÃO.....	138
21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE	138
22. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	138
23. DISPOSIÇÕES FINAIS	139
24. FORO	139
CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES	
PESSOAIS COLETIVO.....	140
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	140
2. DEFINIÇÕES.....	140
3. COBERTURAS DO SEGURO	143
4. RISCOS EXCLUÍDOS	148
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	149
6. INCLUSÃO DO SEGURADO	149
7. CARÊNCIA	149
8. FRANQUIA.....	149
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO	150
10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	150
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	150
12. CAPITALIS SEGURADOS	151

13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	151
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	152
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO	152
16. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	153
17. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	153
18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	153
19. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	153
20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	154
21. PERDA DE DIREITOS	156
22. BENEFICIÁRIOS.....	157
23. SUB-ROGAÇÃO.....	158
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	158
25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	159
26. DISPOSIÇÕES FINAIS	159
27. FORO	160
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS	168
1. OBJETIVO DO SEGURO	168
2. RISCOS EXCLUÍDOS	168
3. ELEGIBILIDADE.....	168
4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	168
5. PRÊMIO	168
6. CESSAÇÃO DA COBERTURA	169
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	169
8. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	169
9. DISPOSIÇÃO FINAL	169
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	170

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	170
2. DEFINIÇÕES.....	170
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	170
4. ELEGIBILIDADE.....	171
5. CAPITAL SEGURADO.....	171
6. PRÊMIO.....	171
7. CARÊNCIA.....	171
8. FRANQUIA.....	172
9. LIMITE DE DIÁRIAS.....	172
10. PERÍCIA MÉDICA.....	172
11. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA.....	172
12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	172
13. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE.....	174
14. DISPOSIÇÃO FINAL.....	174
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA.....	175
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	175
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	175
3. ELEGIBILIDADE.....	176
4. CAPITAL SEGURADO.....	176
5. PRÊMIO.....	176
6. CARÊNCIA.....	176
7. FRANQUIA.....	177
8. LIMITE DE DIÁRIAS.....	177
9. PERÍCIA MÉDICA.....	177
10. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA.....	177
11. CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	177

12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	177
13. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE	177
14. DISPOSIÇÃO FINAL	178
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE	179
1. OBJETIVO DO SEGURO	179
2. CONCEITO	179
3. INCLUSÃO NO SEGURO	179
4. RISCOS EXCLUÍDOS	179
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE	179
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE	180
7. CAPITAL SEGURADO	180
8. PRÊMIO	180
9. BENEFICIÁRIO	180
10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR	180
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	180
12. DISPOSIÇÃO FINAL	180
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE	182
1. OBJETIVO DO SEGURO	182
2. CONCEITO	182
3. INCLUSÃO NO SEGURO	182
4. RISCOS EXCLUÍDOS	182
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE	182
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE	183
7. CAPITAL SEGURADO	183
8. PRÊMIO	183
9. BENEFICIÁRIO	183

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	183
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	183
12. DISPOSIÇÃO FINAL	184
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS	185
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	185
2. CONCEITO.....	185
3. INCLUSÃO NO SEGURO	185
4. RISCOS EXCLUÍDOS	185
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA	185
6. TÉRMINO DO SEGURO DO(S) FILHO(S)	186
7. CAPITAL SEGURADO	186
8. PRÊMIO	186
9. BENEFICIÁRIO	186
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	186
11. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	186
12. DISPOSIÇÃO FINAL	186
MANUAL DE ASSISTÊNCIAS.....	187
1. TELEFONES DE EMERGÊNCIA – 24H, 7 DIAS POR SEMANA	187
2. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	187
3. REEMBOLSO DE DESPESAS	187
CONDIÇÕES DO DECESSOS	189
1. DEFINIÇÕES.....	189
2. GARANTIAS DO DECESSOS	189
3. CARÊNCIA.....	189
4. ÂMBITO TERRITORIAL E DURAÇÃO	190
5. GARANTIA DE ASSISTÊNCIA AO REPATRIAMENTO.....	190
6. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO FUNERAL.....	190

7. COMUNICAÇÃO	191
8. CANCELAMENTO DOS DIREITOS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	191
9. OBRIGAÇÕES GERAIS	192
GARANTIAS DA ASSISTÊNCIA À PESSOA.....	193
1. DEFINIÇÕES.....	193
2. FRANQUIA QUILOMÉTRICA.....	193
3. ÂMBITO TERRITORIAL E DURAÇÃO.....	193
4. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIAS À PESSOA.....	194
5. GARANTIAS RELATIVAS AS BAGAGENS E OBJETOS PESSOAIS	199
6. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIA A RECOLOCAÇÃO PROFISSIONAL.....	200
7. ASSISTÊNCIA VEÍCULO	201
8. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIA A RESIDÊNCIA ASSISTIDA.....	201
9. EXCLUSÃO	202
10. COMUNICAÇÃO	203
11. CANCELAMENTO DOS DIREITOS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS	204
12. DESCONTO EM MEDICAMENTOS.....	204
13. PROMOÇÃO DE CESSÃO DE SORTEIO DE CAPITALIZAÇÃO	204
OUIDOR E DEFENSOR DO SEGURADO	208

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, Acidentes Pessoais e Doenças Graves, contratada com base nas condições gerais do seguro de vida, Processo SUSEP nº 15414.004036/2008-33, do seguro de acidentes pessoais, Processo SUSEP nº 15414.004011/2008-30, e do seguro de doenças graves, Processo SUSEP nº 15414.004162/2009-79, 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 indicados na proposta de adesão e nas condições contratuais, desde que o evento que deu causa ao risco não se enquadre como excluído da cobertura securitária.
- 1.2. **Importante: O Seguro de Vida, Acidentes Pessoais e Doenças Graves aqui estabelecidos, dada a natureza do regime financeiro de repartição simples, não prevê qualquer devolução ou resgate de prêmio.**

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.

2.2. **Condições Particulares:**

Conjunto de cláusulas estabelecidas nos diferentes contratos na comercialização de um determinado seguro e que, por serem mais específicas, prevalecem sobre as Condições Gerais e sobre as Condições Especiais.

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 consequente 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

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.

4.1.1.1. Antecipação de Indenização –Será adiantado 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura de Morte, 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, nos casos em que o segurado se encontrar em fase terminal ocasionada por doença ou acidente, cuja a data de início da moléstia e de seu diagnóstico, ou acidente, seja posterior à sua inclusão na apólice.

Importante: A Antecipação de Indenização não está prevista no caso de contratação de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ou Doenças Graves.

4.1.2. 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, consequente 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 autonômicas 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: As garantias de Antecipação de Indenização ou Doenças Graves não poderão ser contratadas em conjunto com a garantia Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).

4.1.2.1. 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 “cardiopatía 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 1° (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 2° (segundo) ou 3° (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.

4.1.2.1.1. 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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) 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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
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 agravamento 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

4.1.2.1.2. Riscos Excluídos pela Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Além dos riscos relacionados nas Condições Gerais, consideram-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) 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.**

4.1.3 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.

4.1.3.1 Pagamento do Capital Segurado

I) 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 **podrá 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.

4.1.4. 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.**

4.1.5. Doenças Graves - É a Garantia de pagamento do Capital Segurado contratado ao próprio segurado, em decorrência de diagnóstico de uma das doenças previstas abaixo, desde que este ocorra durante a vigência do seguro, porém após o período de carência de 90 (noventa) dias, contados do início de vigência informado no certificado individual.

- Câncer;
- Infarto;
- Acidente cérebro-vascular;
- Cirurgia coronariana;
- Insuficiência renal; e
- Transplante de órgãos.

Só será possível a contratação da Garantia de Doenças Graves junto com a Garantia de Morte.

O Capital Segurado referente à Doenças Graves é limitado ao máximo de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) e não poderá ultrapassar o Capital Segurado da garantia de Morte.

Esta garantia cessará quando ocorrer o pagamento da indenização.

Importante: As garantias de Antecipação de Indenização ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) não poderão ser contratadas em conjunto com a garantia de Doenças Graves.

4.1.6. 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.

4.1.7. 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 assemelhados, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

4.1.7.1 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.

4.1.8. 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\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) e deverá ser sempre inferior ao Capital Segurado para a Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

4.1.9. 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 de 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.

4.2. GARANTIAS SUPLEMENTARES

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

4.2.1. 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 de Indenização de 100% do Capital Segurado da sua respectiva Garantia de Morte, 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.

4.2.2. Inclusão de Dependente Filho – O Proponente poderá contratar as seguintes Coberturas para o Dependente Filho: Morte, 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.

4.2.2.1. 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.

4.2.3. 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, Anual à vista ou parcelado. 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 reenquadrado 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
14		36	7,43%
15	2,65%	37	7,70%
16	2,70%	38	7,89%
17	3,00%	39	8,10%
18	3,09%	40	8,27%
19	3,45%	41	9,70%
20	3,50%	42	11,82%
21	3,95%	43	13,12%
22	4,08%	44	13,70%
23	4,20%	45	13,83%

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

Idade	Varição Máxima % da taxa em relação à idade anterior	Idade	Varição Máxima % da taxa em relação à idade anterior
75	9,40%	97	8,20%
76	9,44%	98	8,00%
77	9,48%	99	7,79%
78	9,50%	100	7,54%
79	9,52%		

7.2. Para a cobertura de doenças graves, sempre que o segurado alcançar nova faixa de idade, o valor do seu prêmio será automaticamente reenquadrado na taxa da nova faixa de idade, quando da renovação anual do Seguro.

Faixa Etária	Varição Máxima % da taxa em relação à Faixa de idade anterior	Faixa Etária	Varição Máxima % da taxa em relação à Faixa de idade anterior
Até 30	-	51 a 55	48,00%
31 a 40	106,85%	56 a 60	50,39%
41 a 45	85,32%	61	28,30%
46 a 60	47,52%	-	-

A partir da idade de 62 anos será aplicado um aumento de 10% a cada ano.

7.3. 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 2° (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 da efetiva geração da Proposta de Adesão pelo MAPFRE CONNECT, 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 ou o Terceiro (responsável pelo pagamento do seguro) 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. BENEFÍCIOS AGREGADOS

11.1. **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:

11.1. **ASSISTÊNCIA À PESSOAS** – Verificar condições dos Serviços previstos em manual próprio ao Segurado.

11.2. **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.orizonbrasil.com.br. Este benefício é um convênio da Orizon Brasil com a Mapfre Seguros.

12. 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.

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

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);
- Véu; 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. 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 poder á 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 percentual 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) inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;

- 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 pago 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 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).**

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);
- copia 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:

- inexactidão 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-dador.

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 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ou Doenças Graves.**

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) vigens 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, 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.
- 3.12. **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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalentes a $\frac{1}{3}$ 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.	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	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	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	Colectomia total	40
	Colostomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	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. **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 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.

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) 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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
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 pregresso;
- 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, desempatador, 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, 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 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) inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
 - 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 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 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 DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em decorrência de diagnóstico de uma das doenças previstas nas condições gerais e contratuais, desde que este diagnóstico ocorra durante a vigência do seguro, respeitando o período de sobrevivência e atendendo as condições de elegibilidade, desde que o evento que deu causa ao risco não se enquadre como excluído da cobertura securitária.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.
- 2.2. **Acidente Cérebro-Vascular:** obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética, e exame de fluido cefalorraquidiano.
- 2.3. **Beneficiário:** pessoa física designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência de sinistro coberto. Nesse seguro o beneficiário será sempre o segurado, exceto se por determinação legal e/ou judicial.
- 2.4. **Carcinoma ou Câncer:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.
- 2.5. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência de sinistro coberto.
- 2.6. **Carência:** período contínuo de tempo contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, ou da recondução da vigência do seguro, e após o período de suspensão, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à cobertura do seguro, conforme estabelecido nas condições contratuais. **O período de carência é de 30 dias para Carcinoma ou Câncer, Infarto, Acidente Cérebro-Vascular, Cirurgia Coronariana e Transplante Total de órgão.**

- 2.7. Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora 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.
- 2.8. Cirurgia Coronariana:** Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) na artéria coronária(s). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.
- 2.9. Cobertura:** compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições gerais e contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.
- 2.10. 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 também, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.11. Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo seguro.
- 2.12. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s) e do estipulante.
- 2.13. Contrato:** firmado entre o estipulante, o subestipulante e a seguradora, é o instrumento jurídico que estabelece as peculiaridades de contratação do seguro e fixa os direitos e as obrigações do estipulante e/ou subestipulante, da seguradora e do(s) segurado(s).
- 2.14. Doenças Previstas:** doenças que geram o direito ao recebimento do capital segurado previsto neste contrato. As definições, caracterizações e exclusões de cada doença estão descritas nestas condições gerais.
- 2.15. Doença ou Deficiência Preexistente:** toda debilidade congênita, adquirida, decorrente ou não 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, na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.
- 2.16. Estipulante ou Subestipulante:** 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.

- 2.17. Evento Coberto:** começa com o diagnóstico feito por médico de uma das doenças previstas nestas condições gerais, desde que o segurado esteja vivo durante o Período de Sobrevivência, neste produto este período é de 30 (trinta) dias após este diagnóstico, observadas as demais cláusulas do contrato.
- 2.18. Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva em determinado período. Sua forma de apuração e distribuição será definida nas condições contratuais, quando cabível.
- 2.19. Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica:** o documento pelo qual o beneficiário solicita a indenização à seguradora.
- 2.20. Garantias:** as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 2.21. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.22. Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante ou subestipulante que reúne as condições para possível inclusão na apólice coletiva.
- 2.23. Indenização:** pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado, quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).
- 2.24. Infarto:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e através de exames de eletrocardiograma e exames laboratoriais (enzimas específicas).
O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:
- a) História de dores torácicas típicas;
 - b) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T,Q);
 - c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB); e
 - d) Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB.
- 2.25. Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.
- 2.26. Insuficiência Renal:** etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser

diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

- 2.27. Médico:** o profissional legalmente licenciado para a prática de medicina. Não serão aceitos como médicos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, pessoas com laços de dependência econômica ou que residam com o segurado, mesmo que sejam habilitados a exercer a prática da medicina.
- 2.28. Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.29. Período de Sobrevivência:** período durante em que um segurado coberto precisa sobreviver, após o diagnóstico de uma Doença Grave, a fim de se tornar elegível para receber a indenização. Se a morte ocorrer durante o Período de Sobrevivência, nenhuma indenização será paga sob a garantia de Doença Grave. **Este produto tem um Período de Sobrevivência de 30 dias contados a parti do diagnóstico da doença.**
- 2.30. Período de Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.
- 2.31. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.
- 2.32. Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s) ou em aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.33. 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 gerais e contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.
- 2.34. Proposta de Contratação:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em caso de contratação coletiva, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de aderir ao seguro ou de contratá-lo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.35. Riscos Excluídos:** os riscos previstos nas condições gerais e contratuais que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.36. Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.37. Segurado Principal:** o segurado que mantém vínculo legal comprovado com o estipulante ou com o subestipulante.

- 2.38. 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 gerais e contratuais.
- 2.39. Seguro Contributário:** aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.40. Seguro Não Contributário:** aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio diretamente à seguradora.
- 2.41. Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.
- 2.42. Transplante de Órgãos:** necessidade médica do segurado de recepção de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: fígado, coração, pulmão, pâncreas ou medula óssea.
- 2.43. Vigência da Apólice:** período no qual a apólice de seguro está em vigor.
- 2.44. Vigência da Cobertura Individual:** período em que o segurado está coberto pelas coberturas deste seguro.

3. COBERTURA DO SEGURO

3.1. DOENÇAS GRAVES

3.1.1. Este seguro garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, em decorrência de diagnóstico de uma das doenças previstas nas condições contratuais, desde que este diagnóstico ocorra durante a vigência do seguro, porém após o período de carência.

3.1.2. As doenças ou procedimentos previstos nessas condições são:

- câncer;
- infarto;
- acidente cérebro-vascular;
- cirurgia coronariana;
- insuficiência renal; e
- transplante de órgãos.

3.1.3. Será considerado como “data do evento” a data do diagnóstico médico. A elegibilidade a indenização se dará após o 30º dia da data do diagnóstico da doença coberta, desde que o segurado esteja vivo.

3.1.4. O diagnóstico deverá ser comprovado por laudo emitido por médico especialista e emitido pela primeira vez após a data de início de vigência do seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estarão excluídos da Cobertura de Doenças Graves do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme previsto no art. 762 do Código Civil vigente;
- b) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios-controladores, dirigentes e administradores;
- c) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se for comprovado que o sinistro tenha ocorrido pela utilização de meio de transporte mais arriscado, na prestação de serviço militar ou em atos de humanidade em auxílio a outrem;
- d) inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos da Terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
- e) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- f) doenças profissionais;
- g) doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;
- h) dolo do segurado, exceto quando o dano tiver sido produzido para evitar um mal maior;
- i) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
- j) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de prática de esporte, legítima defesa ou estado de necessidade.
- k) imprudência ou negligência grave do segurado, assim declarado judicialmente, bem como atos contrários à lei;
- l) o segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação apropriada;
- m) anomalias de nascimento independentemente de quando se manifestem;
- n) danos morais seja qual for o motivo, decorrentes de negociação ou acordos que ocorram fora do âmbito de tribunais que sejam pertinente aos casos em questão;

- o) danos e perdas, inclusive se forem diretamente ou indiretamente relacionados às garantias estabelecidas nestas condições; e
- p) Prejuízos decorrentes de invalidez profissional seja ela permanente ou temporária.

4.1.1. Estas doenças ou condições físicas poderão ser identificadas pela seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive os prontuários médico-hospitalares em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

- 4.2. Estarão expressamente excluídos os seguintes eventos para a Cobertura de Câncer:
 - a) câncer de pele, exceto a melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5 mm segundo a classificação de Breslow;
 - b) sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;
 - c) leucemia crônica;
 - d) câncer que através de exame histológico tenha classificação igual a T1;
 - e) carcinoma não invasivo (carcinoma “in situ”) e qualquer grau de neoplasia intraepitelial cervical (NIC);
 - f) tumores ou lesões descritas como pré-malignas;
 - g) câncer de próstata (exceto aqueles de grau superior na classificação de Gleason ou superior a T2N0M0 pela classificação TNM);
 - h) qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência da apólice e cuja recidiva ou invasão ocorreu nos 30 dias após o início de vigência.
- 4.3. Os infartos do miocárdio antigos demonstrados através do ECG, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável, angina decúbito, infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina “I” ou “T”. e outras síndromes coronarianas agudas estarão expressamente excluídos da Cobertura de Infarto.
- 4.4. Estarão expressamente excluídos os seguintes eventos para a Cobertura de Acidente Cérebro Vascular:
 - a) ataques isquêmicos transitórios;
 - b) qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;
 - c) injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
 - d) hemorragia cerebral causada por acidente;
 - e) hemorragia cerebral causada por tumores;

- f) hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
 - g) obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
 - h) sintomas neurológicos causado por enxaquecas.
- 4.5. Estarão expressamente excluídos os seguintes eventos para a Cobertura de Cirurgia Coronariana:
- a) Angioplastia;
 - b) Outros procedimentos intra-arteriais;
 - c) Cirurgia tipo “key- hole” (quaisquer procedimentos a tórax fechado , utilizando-se cateteres cirúrgicos); e
 - d) Quaisquer procedimentos ou técnicas não cirúrgicas.
- 4.6. Estarão expressamente excluídos os seguintes eventos para a Cobertura de Transplante de Órgãos:
- a) transplantes dos demais órgãos não listados nestas condições gerais;
 - b) transplante de tecido;
 - c) transplante de células tronco ;
 - d) transplante de células-beta do pâncreas;
 - e) auto-transplante; e
 - f) quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.
- 4.7. **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 TERRITORIAL DAS COBERTURAS

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

6. CARÊNCIA

- 6.1. O período de carência definido nas condições gerais será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, também estabelecido nas condições contratuais, ou da sua recondução depois de suspenso.
- 6.2. 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.

- 6.3. O prazo de carência poderá ser de no máximo 180 (cento e oitenta) dias para a cobertura contratada e será definido nas condições contratuais.
- 6.4. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. Para propor inclusão neste seguro, o proponente deverá:
- preencher, de próprio punho e encaminhar a proposta de adesão informando suas condições de saúde;
 - possuir, na data de adesão, idade dentro dos limites estabelecidos na condições contratuais;
 - estar em plena atividade profissional e/ou boas condições de saúde de acordo com a declaração pessoal de saúde.
- 7.2. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo, de próprio punho, da proposta de adesão e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 7.3. 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 em que ela avaliará o risco do seguro.
- 7.3.1. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**
- 7.3.2. A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.**
- 7.3.3. Caso a seguradora tenha recebido valor como adiantamento de prêmio, haverá cobertura do seguro até a data da formalização da recusa da proposta.**
- 7.3.4. Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) pro rata temporis, do período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias da data da recusa.**

- 7.4. 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.
- 7.5. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, isso será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada ao domicílio do segurado ou por intermédio do corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não-aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante de envio da correspondência valerá como data de recusa da proposta de adesão
- 7.6. A cada segurado aceito no seguro será enviado um certificado individual.

8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1. **A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de pagamento de prêmio, terá início às 24 (vinte quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.**
- 8.2. **A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá início a partir das 24 (vinte quatro) horas da data da recepção da proposta de adesão pela sociedade seguradora.**
- 8.3. O seguro estará em vigor até a data de término de vigência da apólice, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 9.1. 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 subestipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.
- 9.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, deverá ser expressa entre as partes.
- 9.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 9.4. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, ela deverá comunicá-los aos segurados e/ou ao estipulante ou subestipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

- 9.5. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

10. CAPITAL SEGURADO

- 10.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante, conforme condições contratuais acordadas entre as partes.
- 10.2. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito do segurado, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente.
- 10.3. Em caso de solicitação de aumento do capital segurado pelo segurado, será feita nova análise de risco, sendo necessário o preenchimento de próprio punho de nova proposta de adesão.
- 10.4. No caso de alteração de capital segurado, poderá ser aplicada carência de no máximo 180 (cento e oitenta) dias, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.
- 10.5. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.
- 10.6. 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 por qualquer outro índice que, por disposição legal, venha a substituí-lo.
- 10.7. O estipulante fica ciente de que, para o aumento espontâneo do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e em plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado não declarada na proposta de adesão, o pagamento da indenização prevista para a cobertura de doenças graves será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou segurado.

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 11.1. Os capitais segurados e os prêmios deverão ser atualizados monetariamente ou segundo a variação do salário/provento, ou segundo outros fatores objetivos, anualmente, conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.

- 11.2. 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.
- 11.3. Para os seguros de prazo inferior ou igual a 1 (um) ano, não haverá atualização de valores.
- 11.4. 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.
- 11.5. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio até a data da ocorrência do respectivo evento gerador.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 12.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou fracionada, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.
 - 12.1.1. A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.
 - 12.1.2. 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.
- 12.2. 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.
- 12.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado, se o pagamento for realizado ainda naquele prazo.
- 12.4. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos item 16 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, destas condições gerais.
 - 12.4.1. Entretanto, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, e ficando o estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.

12.4.2. 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.

12.5. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 13 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas condições gerais.

12.6. Os prêmios poderão sofrer alteração anualmente de acordo com a mudança etária do segurado, conforme previsto nas condições contratuais.

12.7. Este plano de seguro foi estruturado em regime financeiro de repartição simples. Sendo assim, não está prevista a devolução ou o resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

13. REAVALIAÇÃO DE TAXA

13.1. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente.

13.2. Em caso de reavaliação de taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo três quartos do grupo.

14. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

14.1. Será adotado o reenquadramento por faixa etária, de acordo com as condições contratuais.

15. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

15.1. 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;
- quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago; ou
- com o pagamento da indenização.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. 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).

- 16.2.** 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.
- 16.3.** 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.
- 16.4. No caso de DIAGNÓSTICO E INDENIZAÇÃO de doença coberta, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.**
- 16.5.** A apólice poderá ser cancelada:
- por solicitação escrita do estipulante/proponente ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro;
 - se o estipulante/proponente não aceitar as condições de reavaliação propostas pela seguradora para a manutenção do seguro.
 - o contrato de seguro pode ser rescindindo a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, e no caso de seguro coletivo, com a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1. COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

17.1.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) segurados deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.

17.1.2. 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.

17.1.3. A ocorrência do sinistro decorrente de Câncer será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- **comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);**
- **laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia;**
- **laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso);**

- cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e/ou
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

17.1.4. A ocorrência do sinistro decorrente de Infarto será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e/ou
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

17.1.5. A ocorrência do sinistro decorrente de Acidente Cérebro-Vascular será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia;
- exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cefalorraquidiano);
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e/ou
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

17.1.6. A ocorrência do sinistro decorrente de Cirurgia Coronariana será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e/ou
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

17.1.7. A ocorrência do sinistro decorrente de Insuficiência Renal será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia;
- exames complementares apropriados;

- cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e/ou
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

17.1.8. A ocorrência do sinistro decorrente de Transplante de Órgãos será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado; e/ou
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário.

17.1.9. A partir da entrega de toda a documentação exigível, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para efetuar o pagamento da indenização.

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

17.1.10. Será considerado como “data do evento” a data do diagnóstico médico. A elegibilidade a indenização se dará no 30º dia após a data do diagnóstico da doença coberta, desde que o segurado esteja vivo.

17.1.11. As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

17.1.12. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários à apuração do sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

17.1.13. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das doenças, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica formada de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

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

17.1.15. O prazo para constituição da junta médica será de no máximo 15 (quinze) dias, a contar da data de indicação do membro nomeado pelo segurado.

17.1.16. SOMENTE SERÁ PAGA POR ESTE SEGURO A INDENIZAÇÃO REFERENTE À PRIMEIRA DOENÇA DIAGNOSTICADA DENTRE AS PREVISTAS NESSAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, NO PRAZO DE VIGÊNCIA DESSE SEGURO E APÓS O PERÍODO DE CARÊNCIA.

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

17.1.18. 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) segurado(s) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

18. PERDA DE DIREITOS

18.1. O segurado perderá o direito á indenização, caso haja por parte do(s) mesmo(s), seus representantes legais, corretor de seguros, seus prepostos ou seus beneficiários, nos seguintes casos:

- **Inexatidão ou omissão, em circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio além de estar o segurado obrigado a pagar o prêmio vencido;**
- **não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;**
- **utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas conseqüências para obter ou aumentar a indenização;**
- **agravamento intencional do risco;**
- **fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que justifiquem falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;**
- **tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;**
- **solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e**
- **dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), para obter ou majorar seu capital segurado**

18.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) Ao cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

18.3. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.

18.4. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.

18.5. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

18.6. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

19. BENEFICIÁRIOS

19.1. O Beneficiário deste seguro será o próprio segurado.

20. SUB-ROGAÇÃO

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

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

21.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do estipulante/subestipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a 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, 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;
- 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 à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- l) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

22. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

22.1. 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, a partir de cuja entrega e reinicia o prazo para regulação do sinistro;
- b) informar por escrito ao segurado o não-pagamento da fatura por parte do estipulante e/ou subestipulante, se couber;
- c) emitir mensalmente as faturas conforme relação de dados enviada pelo estipulante e/ou subestipulante, se couber; e
- d) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

23. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 23.1.** Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 23.2.** Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa dos segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado..
- 23.3.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 23.4.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 23.5.** 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.
- 23.6.** 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.
- 23.7.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 23.8.** 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.

24. FORO

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

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 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 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 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 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 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);
- Boletim de Ocorrência Policial;
- CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);
- Laudo 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 influído 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-dador.**
- 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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalentes a $\frac{1}{3}$ 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.		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	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
	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, 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.

11.2. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, 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 abrasão 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
- Nº 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 INTERRUPÇÃO 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 Previsaúde de Medicamentos, quando adquiridos nos estabelecimentos conveniados. Para ter acesso às vantagens exclusivas, o segurado deverá apresentar a Carteira de Assistências MAPFRE com a logomarca da Orizon 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.orizonbrasil.com.br ou entrar em contato com **CAP - Central de Atendimento Orizon: 3003-7333 (regiões metropolitanas) - 0800-724 7333 (regiões não metropolitanas)** 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 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.

OUVIDOR E DEFENSOR DO SEGURADO

Objetivo: atuar, na relação contratual com a Seguradora, de forma isenta e independente, com caráter mediador, pedagógico e estratégico, na defesa dos direitos dos consumidores:

- o **Ouvidor** acolhe as manifestações dos consumidores, pessoas físicas e jurídicas; não solucionadas por outros canais de atendimento e de apoio, em primeira instância;
- o **Defensor** poderá ser acionado, exclusivamente, por pessoas físicas, após a manifestação do Ouvidor, caso haja discordância do consumidor.

CANAIS DE ACESSO

Ouvidoria: 0800 775 1079

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

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

Defensor do Segurado: Caixa Postal 60596 – CEP 05804-970 – São Paulo – SP



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

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

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

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