

SEGURO DE PESSOAS COLETIVO CAPITAL GLOBAL

Novembro/2025

Processo SUSEP: 15414.604229/2020-85 Versão 4.0

EZZE Seguros CNPJ 31.534.848/0001-24 Av. Pres. Juscelino Kubitschek, 50 10o andar
Vila Nova Conceição São Paulo - SP CEP:04543-000 11 2110 5500

EZZE SEGUROS.
A GENTE
SE IMPORTA.

Sumário

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES	5
CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO	5
CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES	5
CLÁUSULA 4ª - RISCOS COBERTOS	8
CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS	10
CLÁUSULA 6ª - ACEITAÇÃO DO SEGURO	11
CLÁUSULA 7ª - CAPITAL SEGURADO	13
CLÁUSULA 8ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	14
CLÁUSULA 9ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS.....	14
CLÁUSULA 10ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
CLÁUSULA 11ª - ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS	17
CLÁUSULA 12ª - BENEFICIÁRIOS.....	18
CLÁUSULA 13ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	18
CLÁUSULA 14ª - VIGÊNCIA DO SEGURO	22
CLÁUSULA 15ª - RENOVAÇÃO DA APÓLICE	22
CLÁUSULA 16ª - CANCELAMENTO DO SEGURO	23
CLÁUSULA 17ª - PERDA DE DIREITO	24
CLÁUSULA 18ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA	25
CLÁUSULA 19ª - ALTERAÇÃO CONTRATUAL	25
CLÁUSULA 20ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	26
CLÁUSULA 21ª - MULTA E MORA.....	26
CLÁUSULA 22ª - REGIME FINANCEIRO	26
CLÁUSULA 23ª - SUB-ROGAÇÃO	26
CLÁUSULA 24ª - DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO.....	27
CLÁUSULA 25ª - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	28
CLÁUSULA 26ª - FORO	28

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)	28
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	30
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	32
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	37
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	40
CONDIÇÕES ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (ILPD)	48
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ADIANTAMENTO ESPECIAL POR DOENÇA EM FASE TERMNAL	55
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA - (RCDAD)	56
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS (IEFP)	59
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO (ADPT)	61
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO ADAPTAÇÃO CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPTINV)	64
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - (DMHO-A)	69
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE (DIT-A)	72
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT-AD)	75
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE (DIH-A)	78
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIH-AD)	81
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA EM UTI (DIH-AD-UTI)	84
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA GRAVE (DDG)	87
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE QUEIMADURA GRAVE (QG)	91
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL - AXF-M	92
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA - AXCB-M	94
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA - AXCB-MA	96
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL - AXE-M	98
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL - AXE-MA	99

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-M	101
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-MA	103
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-IPTA	106
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC	109
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS – IF	110
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS DCF	111
CONDIÇÕES ESPECIAIS PAGAMENTO ANTECIPADO ESPECIAL POR CONSEQUÊNCIA DE DOENÇA PROFISSIONAL	113
CONDIÇÕES ESPECIAIS AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL (AXF-MA)	117
CONDIÇÕES ESPECIAIS DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE UTI – DIH-A-UTI	119
CONDIÇÕES ESPECIAIS AUXÍLIO ESPECIAL POR ACIDENTE (AEPA)	121
CONDIÇÕES ESPECIAIS AUXÍLIO MEDICAMENTOS – DECORRENTE DE ACIDENTE OCORRIDO EM HORÁRIO DE TRABALHO	124

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1.** A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;
- 1.2.** Somente mediante entrega de proposta, preenchida e assinada pelo Segurado, por seu representante legal, ou corretor de seguros habilitado, o presente seguro poderá ser contratado, alterado, prorrogado ou renovado;
- 1.3.** O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep;
- 1.4.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da sociedade seguradora, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF;
- 1.5.** Mediante a contratação deste seguro, somente serão consideradas como coberturas contratadas aquelas expressamente ratificadas na apólice, tornando-se nulas e sem efeitos quaisquer outras a seguir descritas.
- 1.6.** Para as situações não previstas nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil;
- 1.7.** Mediante a contratação deste seguro, o Segurado e/ou Estipulante aceitam as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1.** O objetivo deste seguro é garantir o pagamento da indenização ao próprio Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos pelo seguro, desde que previsto nas condições e cláusulas deste seguro e de acordo com as coberturas contratadas pelo Estipulante.

CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES

- 3.1.** Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

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

- a) Incluem-se nesse conceito:
 - i. O suicídio, ou sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
 - ii. Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
 - iii. Os acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores;
 - iv. Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
 - v. Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna

vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito de “acidente pessoal”:

i. 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;

ii. As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

iii. As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

iv. As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal.

v. acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

vi. quaisquer 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 pessoal;

vii. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

viii. autolesões, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, voluntária e premeditada ou sua tentativa, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica; e

ix. quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

AGRAVAMENTO DO RISCO: Situações que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco coberto, conforme originalmente contratado, podendo impactar na aceitação, no prêmio ou nas condições do seguro.

AMBIENTE HOSPITALAR: Considera-se ambiente hospitalar; hospitais, ambulatorios, consultórios e clínicas.

APÓLICE: É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

BENEFICIÁRIO: É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

CAPITAL GLOBAL: Capital Segurado estabelecido para a totalidade dos componentes do grupo segurado, por cobertura.

CAPITAL SEGURADO: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

CAPITAL INDIVIDUAL: O Capital Individual é o valor obtido pela divisão do Capital Global pelo número de segurados ativos na apólice na data do sinistro.

CARREGAMENTO: É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: É o 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.

CONDIÇÕES GERAIS: É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante;

CONDIÇÕES ESPECIAIS: É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

CONTRATO: É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

CONSIGNANTE: É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

ESTIPULANTE: É a 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-verbador quando não participar do custeio.

GRUPO SEGURADO: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

HOSPITAL: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

NOTA TÉCNICA ATUARIAL: É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

PRÊMIO: É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

PRÊMIO COMERCIAL: É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

PRÊMIO PURO: É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

PROPONENTE: É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

RISCOS EXCLUÍDOS: São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

SEGURADO: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: É quando os segurados são responsáveis pelo custeio do Seguro, total ou parcialmente.

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: É quando o custeio do Seguro é de responsabilidade integral pelo Estipulante.

SINISTRO: É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS COBERTOS

4.1. Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nas cláusulas das coberturas devidamente ratificadas na Apólice, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

4.2. COBERTURAS

4.2.1. As coberturas que poderão ser contratadas são as seguintes:

- a. Morte Natural ou Acidental (M);
- b. Morte Acidental (MA);
- c. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- d. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- e. Invalidez Permanente Funcional por Doença (IFPD);

- f. Invalidez Permanente Laboral por Doença (ILPD);
- g. Adiantamento Especial por Doença em Fase Terminal (AEDFT);
- h. Reembolso de Cirurgia Decorrente de Acidente ou Doença- (RCDAD);
- i. Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP);
- j. Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT);
- k. Adaptação Casa e/ou Veículo por Invalidez (ADPTINV);
- l. Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHO-A);
- m. Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DIT-A);
- n. Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença (DIT-AD);
- o. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIH-A);
- p. Diária de Internação Hospitalar em UTI (DIH-A-UTI)
- q. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença (DIH-AD);
- r. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença em UTI (DIH-UTI);
- s. Diagnóstico de Doenças Graves (DDG);
- t. Queimadura Grave (QG);
- u. Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental – (AXF-M);
- v. Auxílio Funeral por Morte Acidental (AXF-MA)
- w. Auxílio Cesta-Básica – Morte Natural ou Acidental – (AXCB-M);
- x. Auxílio Cesta-Básica – Morte Acidental – (AXCB-MA);
- y. Auxílio Emergencial – Morte Natural ou Acidental – (AXE-M);
- z. Auxílio Emergencial – Morte Acidental – (AXE-MA);
- aa. Rescisão Trabalhista – Morte Natural ou Acidental – (RT-M);
- bb. Rescisão Trabalhista – Morte Acidental – (RT-MA);
- cc. Rescisão Trabalhista – Invalidez Permanente Total por Acidente – (RT-IPTA);
- dd. Pagamento antecipado especial por consequência de doença profissional
- ee. Auxílio Especial por Acidente (AEPA)
- ff. Cobertura Auxílio Medicamentos decorrente de acidente de trabalho

4.3. Coberturas Suplementares:

- a. Inclusão de Cônjuge (IC);
- b. Inclusão de Filho (IF);
- c. Doença Congênita de Filho(s) (DCF).

4.4. As coberturas poderão ser contratadas isoladamente, exceto as Cláusulas Suplementares que estarão vinculadas as coberturas do Segurado Principal.

4.2.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou segurado dependente.

4.2.3. As coberturas contratadas estarão expressamente ratificadas na Apólice.

CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos das coberturas contratadas pelo presente Seguro, os sinistros ocorridos em consequência de:

- a. uso de material nuclear, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e seus efeitos, exceto quando decorrentes de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c. atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- d. Atos ilícitos dolosos, culpa grave equiparável ao dolo, atos propositais, fraude, má-fé, ação ou omissão dolosa praticada pelo Segurado, Beneficiário ou Representante de um ou de outro; nos seguros contratados por pessoas jurídicas, esta exclusão aplica-se também aos sócios controladores, dirigentes, administradores legais, estipulantes, beneficiários e respectivos representantes
- e. Confisco, requisição, apreensão ou destruição de bens por ordem de autoridade de fato ou de direito;
- f. Atos reconhecidamente perigosos praticados voluntariamente pelo Segurado, sem motivação justificável, bem como prática de atos ilícitos ou contrários à lei;
- g. Furto simples, perdas, extravios, distrações ou esquecimentos, salvo disposição específica em contrário nas Condições Especiais;
- h. Lucros cessantes, paralisação de atividades ou perda de mercado, salvo se cobertos expressamente em cláusula específica
- i. doenças e acidentes pessoais preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes pessoais sofridos pelo segurado antes da contratação do seguro;
- j. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados: - Do início de vigência individual do seguro; ou - Da solicitação de aumento de capital segurado feita exclusivamente pelo segurado/estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;
- k. epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;

- l. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
- m. tratamentos e procedimentos relativos à obesidade mórbida inclusive gastroplastia redutora, doenças congênitas, esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente pessoal;
- n. choque anafilático e suas consequências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente pessoal ou doença coberto;
- o. Hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;
- p. de parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto
- q. perda de dentes e danos estéticos;
- r. procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;
- s. ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.
- t. valores relativos a multas e outras penalidades aplicadas em virtude de atos cometidos pessoalmente pelo segurado que caracterizem ilícito criminal.

5.2. Na hipótese de provocação dolosa do sinistro, o Segurado perderá o direito à indenização ou ao capital segurado, permanecendo a obrigação de quitar o prêmio devido, bem como de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

5.3. Além dos Riscos Excluídos descritos anteriormente, também deverão ser considerados os constantes na Cláusula das Condições Especiais no item RISCOS EXCLUÍDOS da respectiva cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª - ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1. A celebração ou alteração deste Seguro somente poderá ser feita mediante proposta de contratação assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado.

6.1.1. Serão aceitos no grupo todos os componentes pertencentes ao grupo segurável que estejam em gozo de boa saúde, plena atividade profissional, conforme grupos.

6.1.1.1. Se o vínculo com o Estipulante for empregatício, serão consideráveis segurados:

- I. Todos os funcionários constantes na GFIP.
- II. Estagiários e prestadores de serviços comprovadamente vinculados ao estipulante podem ser incluídos no seguro, desde que se encontrem nas condições de aceitação ora definido no contrato.
- III. Sócios e diretores da empresa, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, desde que regularmente constantes do contrato social e/ou estatuto social da empresa, devidamente registrados na Junta Comercial.

- 6.1.1.2.** A opção de inclusão de Estagiários, Prestadores de Serviços, Sócios e/ou Diretores deverá ser informada na proposta de contratação do seguro.
- 6.1.1.3.** Se o vínculo com o Estipulante for não empregatício, serão considerados todos os segurados constantes de relação fornecida pelo Estipulante à Seguradora.
- 6.2.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do estipulante, ratificada pelo correspondente aditivo.
- 6.2.1.** Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 6.3.** A seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para manifestar-se sobre a aceitação da proposta de contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
- 6.4.** A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 5.3. anterior.
- 6.4.1.** No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias previsto no subitem 6.3 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 6.5.** Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos no subitem 6.3 anterior serão suspensos, até que o ressegurador se manifeste formalmente sobre a aceitação.
- 6.5.1.** Na hipótese prevista no subitem anterior, é vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.
- 6.6.** A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação da Seguradora nos prazos previstos acima caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 6.7.** Em caso recusa do risco onde tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Estipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 6.8.** A data de aceitação da proposta será aquela em que a Seguradora se manifestar formalmente ou a de término dos prazos previstos no subitem 6.3 anterior, nesta última hipótese, em caso de ausência de manifestação formal em contrário, por parte da Seguradora.
- 6.9.** A Seguradora providenciará, obrigatoriamente, a emissão da apólice no início do

contrato e nas renovações subsequentes.

CLÁUSULA 7ª - CAPITAL SEGURO

- 7.1.** O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice.
- 7.2.** Se a quantidade de segurados se alterar durante a vigência do Seguro, seja pela ocorrência de Sinistro ou pela movimentação de inclusão e exclusão, o Capital Individual será automaticamente ajustado rateando-se o Capital Global contratado de forma proporcional ao novo número de segurados, respeitando-se o limite máximo individual conforme especificado no Contrato.
- 7.3.** Caso a empresa Estipulante desejar restabelecer os valores de Capital Segurado conforme os valores inicialmente contratados, deverá solicitar a emissão de endosso de alteração por meio de solicitação formal à Seguradora.
- 7.4.** Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas do Seguro, que implique em ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.
- 7.5.** Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:
 - a. Para a cobertura de Morte Natural ou Acidental (M); Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental – (AXF-M); Auxílio Cesta-Básica – Morte Natural ou Acidental – (AXCB- M); Auxílio Emergencial – Morte Natural ou Acidental – (AXE-M); Rescisão Trabalhista – Morte Natural ou Acidental – (RT-M); Assistência Funeral (Individual, Familiar ou Familiar Ampliado): a data do falecimento.
 - b. Para a cobertura de Morte Acidental (MA); Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA); Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHO); Queimadura Grave (QG); Auxílio Cesta-Básica – Morte Acidental – (AXCB-MA); Auxílio Emergencial – Morte Acidental – (AXE-MA); Rescisão Trabalhista – Morte Acidental – (RT-MA); Rescisão Trabalhista – Invalidez Permanente Total por Acidente – (RT-IPTA), Auxílio Adaptação Casa e/ou Veículo Por Invalidez por acidente (ADPTINV-AC): a data do acidente.
 - c. Para as coberturas de Invalidez Funcional Permanente por Doença, Invalidez Laboral Permanente por Doença e Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT) considera-se como data do evento, a data da constatação da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.
 - d. Para a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DITA) e Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença (DITAD): a data do afastamento, mediante comprovação por laudo médico.
 - e. Para as coberturas de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIHA), Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença (DIHAD); A data da internação.
 - f. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença (DIHAD-UTI) a data da internação na UTI;
 - g. Para a cobertura de Doença Grave (DDG): a data do diagnóstico da doença grave,

mediante a comprovação por laudo médico, conforme especificado nas Condições Especiais do seguro.

h. Para a cobertura de Adiantamento Especial por Doença em fase Terminal ou Reembolso de Cirurgia por Acidente ou Doença a data descrita nas Condições Especiais.

7.6. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

CLÁUSULA 8ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

8.1. Estarão cobertos os sinistros ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário, constante nos documentos do seguro, tais como, mas não se limitando a: Proposta de Contratação, Aditivos, entre outros.

CLÁUSULA 9ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS

9.1. FRANQUIA: Em caso de período de franquia estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, esta será definida na Apólice, e estará devidamente especificado nas Condições Especiais.

9.2. CARÊNCIA: É o período contínuo, contado a partir da data de início de Vigência da Apólice, ou do aumento do Capital Segurado por solicitação do Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.

9.2.1. Em caso de período de carência estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, este será definida na Apólice, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Seguro e será contado a partir do início de vigência individual.

9.2.2. Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da Vigência inicial do Contrato, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

9.2.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 10ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO

10.1. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, de forma anual ou mensal, durante o período de vigência da Apólice.

10.2. O não pagamento do prêmio à vista, no caso de parcela única, ou o não pagamento da primeira parcela, na data prevista no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático do seguro independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e a perda de direito de qualquer cobertura securitária prevista no contrato, independentemente do momento em que ocorra o sinistro.

10.3. O não pagamento das demais parcelas de prêmio após a primeira na data do vencimento constitui o estipulante em mora, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

10.4. Será adotado o prazo de Tolerância de 90 (noventa) dias, durante o qual a falta de pagamento do Prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro.

10.5. Em caso de ocorrência de sinistro coberto nesse período, a indenização será paga deduzida dos prêmios devidos nesse período e não pagos, sendo estes acrescidos de multa e juros moratórios nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

10.5.1. Em se mantendo a inadimplência por período superior a 90 (noventa) dias contados a partir da data do primeiro vencimento da primeira fatura em aberto, a apólice será cancelada.

10.5.2. Não será considerando para fins de contagem de prazo, data de vencimento que sejam prorrogadas, sempre será considerada para contagem do prazo citado no subitem

10.5.2.1. a data do primeiro vencimento gerado para parcela em atraso.

10.6. O prêmio do seguro poderá ser parcelado, no caso de parcelamento de prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequente à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, utilizando o cálculo da base "pro rata temporis" ou utilizando a Tabela de Prazo Curto especificada a seguir:

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
13%	5%	73%	53%
20%	9%	75%	57%
27%	13%	78%	62%
30%	17%	80%	66%
37%	21%	83%	70%
40%	25%	85%	74%
46%	29%	88%	79%
50%	33%	90%	83%
56%	37%	93%	87%
60%	41%	95%	91%
66%	45%	98%	95%
70%	49%	100%	100%

Nota: Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

10.7. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, , advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato em 90 (noventa) dias após a notificação da seguradora, que será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

10.8. Nos seguros sobre a vida e a integridade física estruturados com reserva matemática, o não pagamento de qualquer parcela do prêmio que não seja a primeira implicará, conforme a escolha do Segurado ou de seus beneficiários, feita dentro de 30 (trinta) dias contados da notificação de inadimplemento:

a. na redução proporcional da garantia; ou

b. na devolução da reserva matemática constituída.

10.9. Se houver relevante redução do risco, o valor do prêmio será proporcionalmente reduzido, ressalvado, na mesma proporção, o direito da seguradora ao ressarcimento das despesas realizadas com a contratação.

10.10. Na hipótese de extinção total do interesse segurado, o contrato será resolvido, com a devolução proporcional do prêmio, ressalvadas, na mesma proporção, as despesas realizadas com a contratação.

10.11. Em caso de nulidade ou ineficácia do contrato de seguro, o segurado ou o tomador fará jus à devolução do prêmio, deduzidas as despesas realizadas, salvo se provada a ocorrência de má-fé.

10.12. Configurada a falta de pagamento (mora) da primeira parcela do prêmio ou da parcela única, o contrato será revogado de pleno direito, salvo convenção, uso ou costume em contrário.

10.13. A Seguradora enviará notificação prévia ao Segurado por meio idôneo que comprove o recebimento, alertando sobre a necessidade de quitação das parcelas em atraso, concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias para a purgação da mora, contado do recebimento da notificação

10.13.1. Caso o Segurado recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo acima terá início na data da frustração da notificação.

10.14. Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro, se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

10.15. O estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que está possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição da correspondência de aviso de cancelamento.

10.16. Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado. Para as demais formas de pagamento acordadas entre estipulante e seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no contrato.

10.17. As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado para que esta possa ser implementada, sem prejuízo da faculdade da seguradora de rescindir o seguro, mediante comunicação aos segurados e ao estipulante com antecedência mínima de 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

10.18. O não pagamento do prêmio até a data de vencimento correspondente, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E

MORA da presente Condições Gerais.

CLÁUSULA 11ª - ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

11.1. É expressamente vedada a atuação como Estipulante deste Seguro:

- a. Corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes; e
- b. Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

11.2. A vedação estabelecida no subitem 11.1 anterior não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

11.3. Não é considerada estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo segurado e o consequente repasse em favor da Seguradora.

11.4. É expressamente vedado ao Estipulante:

- a. cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b. rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- c. efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d. vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

11.5. São obrigações do Estipulante:

- a. fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;
- b. manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados;
- 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, quando este for de sua responsabilidade;
- e. repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f. repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g. discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h. comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

- i. dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação 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 estabelecido;
- l. informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.
- m. comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

CLÁUSULA 12ª - BENEFICIÁRIOS

12.1. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

12.1.1. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

CLÁUSULA 13ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

13.1. Ao tomar ciência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento, com o objetivo de evitar prejuízos à seguradora, o segurado e/ou o beneficiário deve:

- I. tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos, tais como, dentre outros: isolar a área, acionar o Corpo de Bombeiros ou Polícia, conter vazamentos ou danos contínuos, desde que não comprometa a preservação da cena do evento;
- II. Comunicar prontamente o sinistro à seguradora por meio idôneo — como canal oficial de aviso via portal, central de atendimento, e-mail institucional ou outro meio válido descrito na apólice —, seguindo as orientações da seguradora para a contenção ou salvamento;
- III. prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela seguradora.

13.1.1. O descumprimento doloso/intencional dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização ou ao capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

- 13.1.2.** O descumprimento culposo dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.
- 13.2.** É vedado ao segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.
- 13.2.1.** O descumprimento culposo do dever previsto nesta cláusula implica obrigação de suportar eventuais despesas adicionais incorridas para a regulação e a liquidação do sinistro.
- 13.2.2.** O descumprimento doloso do dever previsto nesta cláusula exonera a seguradora do dever de indenizar ou pagar o capital segurado.
- 13.3.** A provocação dolosa de sinistro determina a perda total do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.
- 13.3.1.** Sucede a mesma consequência prevista nesta cláusula quando o segurado ou o beneficiário tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.
- 13.3.2.** Nos seguros sobre a vida e a integridade física, o capital segurado, ou a reserva matemática devida, será pago ao segurado ou a seus herdeiros quando o sinistro for dolosamente provocado pelo beneficiário.
- 13.3.3.** A fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro leva à perda do direito à garantia, liberando a seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização.
- 13.4.** Ocorrendo um evento coberto, para o recebimento da indenização, o Segurado ou o beneficiário deverá apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, o formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou beneficiário. Os documentos básicos necessários para Liquidação de Sinistro são descritos a seguir:
- 13.4.1.** Para todos os eventos:
- Formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário;
 - Formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário em caso de morte do segurado;
 - Comprovante de endereço da residência do Segurado e do Beneficiário em caso de morte do segurado;

DO SEGURADO

- RG (cópia autenticada);
- CPF (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento ou Casamento (cópia autenticada do documento atualizado);
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo com o Estipulante / Subestipulante seja empregatício;

- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo com o Estipulante / Subestipulante seja empregatício;
- GFIP – Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia e Tempo de Serviços e Informações da Previdência Social, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo com o Estipulante / Subestipulante seja empregatício;
- Cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre Estipulante / Subestipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- Cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre Estipulante / Subestipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- Comprovante de vínculo com o estipulante, para os casos que não haja vínculo empregatícios

DO(S) BENEFICIÁRIO(S)

- PAIS: RG e CPF (cópias autenticadas);
- CÔNJUGE: Certidão de Casamento, RG e CPF (cópias autenticadas);
- COMPANHEIRA: RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS (cópias autenticadas);
- Filhos: Certidão de Nascimento e RG, sendo que:

I. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

II. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

13.4.2. Além dos documentos acima, deverão ser encaminhados os documentos constantes da Cláusula das Condições Especiais, no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO da cobertura contratada causadora do evento.

13.4.3. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

13.4.4. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para proceder à regulação do sinistro e manifestar sobre a cobertura a partir da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os documentos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura, arrolados nesta cláusula.

13.5. A seguradora ou o regulador do sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado.

- 13.5.1.** Solicitados documentos complementares dentro do prazo de 30 (trinta) dias estabelecido nessa cláusula, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por no máximo 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.
- 13.6.** Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 13.7.** Para todos os casos o Estipulante se obriga a entregar, juntamente com os documentos relacionados ao sinistro:
- 13.7.1.** Quando o vínculo entre Estipulante e Segurado for empregatício, a relação do pessoal segurado com a descrição dos dados pessoais do segurado sinistrado, período em que esteve sob seus serviços, tipo de serviço prestado e cópia da Guia de Recolhimento do FGTS relativo aos serviços prestados pelos mesmos.
- 13.7.2.** Quando o vínculo entre Estipulante e Segurado for associativo ou similar, a relação do pessoal segurado com a descrição dos dados pessoais do segurado sinistrado, período em que este foi associado.
- 13.8.** Nos seguros de pessoas que tenham por objeto a cobertura para o caso de morte ou de invalidez por doença, poderá ser estabelecido prazo de carência contratual, durante o qual a Seguradora não assumirá a responsabilidade pela ocorrência do sinistro.
- 13.9.** Na hipótese de ocorrência do sinistro durante o período de carência, legal ou contratual, a Seguradora obriga-se a restituir ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme o caso, o valor total dos prêmios pagos até a data do evento, ou a reserva matemática constituída, se houver.
- 13.10.** Fica reservado à Seguradora o direito de solicitar outros documentos, além dos básicos, no caso de dúvida fundada e justificável, que sejam necessários para regulação e liquidação do sinistro. Neste caso, será suspensa e reiniciada a contagem do prazo que trata o parágrafo anterior, a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 13.11.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 13.11.1.** A junta médica de que trata o subitem anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 13.11.2.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.
- 13.12.** Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para fins de verificação de cobertura, de acordo com as condições previstas contratualmente.
- 13.13.** O Estipulante, Corretor, Segurado e/ou beneficiários deverão comunicar à

Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que tiver conhecimento.

- 13.14.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, para fins deste Seguro.
- 13.15.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora. 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.
- 13.16.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 13.17.** O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.
- 13.18.** O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.
- 13.19.** A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais das coberturas contratadas.

CLÁUSULA 14ª - VIGÊNCIA DO SEGURO

- 14.1.** As apólices e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 14.2.** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
- 14.3.** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.
- 14.4.** Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, ou data posterior, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.

CLÁUSULA 15ª - RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 15.1.** As apólices com vigência de 1 (um) ano ou superior, poderão ser renovadas

automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

15.1.1. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa. A renovação que implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

15.1.2. A renovação automática a que se refere o subitem 15.1 anterior não se aplica aos segurados, nos planos individuais, e estipulantes, nos planos coletivos, ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano.

15.2. O desinteresse em renovação da apólice deverá ser comunicado ao Segurado e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da apólice. O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante e Segurado.

15.3. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

CLÁUSULA 16ª - CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

16.2. Nos demais casos, o cancelamento da apólice somente se dará quando expirar seu prazo de vigência, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 60 dias no caso de Seguros contratados com vigência mínima de 1 (Hum) ano ou 2 (dois) dias para os casos de contratação inferior a 1 (um) ano.

16.3. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, serão observadas as seguintes disposições:

- a. a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- b. quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto disposta no Cláusula – PAGAMENTO DE PRÊMIO.

16.4. Se o segurado e/ou estipulante, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

16.4.1. Se houver por parte do segurado e/ou estipulante inexatidão ou omissão nas declarações, ainda que e não resultem de má-fé, a Seguradora terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença de prêmios.

16.5. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a

alegação de alteração da natureza dos riscos.

CLÁUSULA 17ª - PERDA DE DIREITO

17.1. Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

17.1.1. 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. 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.

17.2. O segurado perderá o direito ao pagamento do capital segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste seguro.

17.1.2. A mudança de profissão/ atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente como: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé. A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado Cônjuge, quando incluído no Seguro.

17.1.3. Ainda que se verificado agravamento relevante do risco contratado durante a vigência da apólice, a Seguradora não poderá cancelar o contrato ou recusar a cobertura em razão desse agravamento.

17.1.4. Nessa hipótese, a Seguradora poderá apenas exigir o pagamento da diferença de prêmio correspondente ao novo nível de risco, a ser calculada de forma proporcional e justificada, respeitando os critérios técnicos atuariais e normativos aplicáveis.

17.3. A Seguradora, desde que o faça nos 20 (vinte) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

a. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

17.4. 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.

CLÁUSULA 18ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA

18.1. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

18.2. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem anterior aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

18.3. As coberturas individuais cessarão automaticamente:

- a. com o cancelamento da apólice;
- b. no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das apólices e, conseqüentemente, do grupo segurável, exceto no caso de aposentadoria;
- c. a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da apólice deste seguro;
- d. no caso de coberturas adicionais ou especiais, além dos casos previstos anteriormente, com o cancelamento da respectiva cláusula; ou
- e. quando o segurado for indenizado pelas coberturas decorrentes de Morte, ou por Invalidez Permanente Total.

CLÁUSULA 19ª - ALTERAÇÃO CONTRATUAL

19.1. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19.2. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

- 19.3.** Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

CLÁUSULA 20ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 20.1.** O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do presente contrato é o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, ou outro que venha a substituí-lo.
- 20.2.** A apuração do índice ora apresentado, terá uma defasagem de 30 dias, em função do tempo de divulgação do índice e das comunicações que devem ser feitas no processo de renovação.
- 20.3.** Às Contratações com vigência inferior a 1 (um) ano não se aplica a cláusula de atualização de monetária.
- 20.4.** Também não será aplicado atualização monetária para capitais que sejam resultantes de múltiplos de salário, os quais serão ajustados com base nos respectivos ajustes salariais.

CLÁUSULA 21ª - MULTA E MORA

- 21.1.** Os valores relativos as obrigações legais pecuniárias decorrentes das operações derivadas do presente contrato sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE – Incide de Preços ao Consumidor Amplo/Função Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou outro que venha a substituí-lo, acrescidos, ainda, de multa de 2% não cumuláveis, calculados sobre o valor bruto, e de juros moratórios de 1/365 avos de 6%, para cada dia corrido de atraso e até a data do efetivo pagamento, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo legal fixado para o cumprimento da obrigação. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 21.2.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

CLÁUSULA 22ª - REGIME FINANCEIRO

- 22.1.** Considerando-se que o plano de seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao beneficiário, exceto aqueles pagos a maior, por erro de cobrança da Seguradora, ou em caso de recusa da proposta de seguro em que o prêmio tenha sido pago antecipadamente.
- 22.2.** O prêmio a ser restituído nas hipóteses do subitem anterior serão atualizados de IPCA/IBGE, ou outro índice que venha a substituí-lo.

CLÁUSULA 23ª – SUB-ROGAÇÃO

- 23.1.** Nos Seguros de Pessoas o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

CLÁUSULA 24ª – DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

- 24.1.** O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido no Contrato.
- 24.2.** Na hipótese de distribuição, será considerado Excedente Técnico o saldo positivo (se houver), entre as receitas e as despesas a seguir especificadas:
- I. RECEITAS
- a. os Prêmios, de competência, correspondentes ao período de apuração, efetivamente pagos, deduzidos os Prêmios devolvidos;
- b. os estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- II. DESPESAS
- a. as comissões de corretagem pagas durante o período, correspondentes ao período de competência analisado;
- b. as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período (se houver);
- c. as comissões de agenciamento pagas durante o período (se houver);
- d. valor total dos Sinistros ocorridos, pagos ou avisados, no período de competência analisado;
- e. o valor total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados nas apurações dos períodos anteriores ao de competência;
- f. os saldos negativos dos períodos anteriores e ainda não compensados;
- g. as despesas efetivas de administração do plano a cargo da seguradora;
- h. as despesas a título de IBNR, ou seja, os Sinistros ocorridos e ainda não avisados, relativas ao período de competência avaliado.
- 24.3.** Quando da apuração, as receitas e as despesas serão atualizadas pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, o Índice que vier a substituí-lo, conforme a seguir:
- Prêmios e comissões - a partir do respectivo dia do pagamento; Sinistros - a partir do dia do aviso à seguradora;
 - Saldos negativos anteriores - a partir do respectivo mês de apuração;
 - Despesas de administração da seguradora - a partir das datas em que incorreram.
- 24.4.** No caso de resultado positivo, a seguradora repassará a título de Excedente Técnico ao Estipulante o percentual estabelecido no Contrato.
- 24.5.** Respeitado o critério de apuração estabelecido nos itens anteriores, a distribuição de Excedente Técnico ocorrerá após o 1º ano de Vigência da Apólice.
- 24.6.** A distribuição de Excedente Técnico será efetuada após o término de Vigência Anual

da Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de Excedente Técnico.

24.7. Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido no contrato do seguro.

24.8. Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice

CLÁUSULA 25ª – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1. As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e particulares e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.

CLÁUSULA 26ª – FORO

26.1. Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do contrato de seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste contrato será o do domicílio do Segurado ou beneficiário, conforme foi o caso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do capital segurado apurado por ocasião do sinistro na forma estabelecida na Cláusula - CAPITAL SEGURADO das Condições Gerais, caso o Segurado venha a falecer em consequência de causas naturais (doença) ou acidente pessoal coberto, durante a vigência do seguro.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data do falecimento do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

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

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

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnico e da Cláusula - "RISCOS EXCLUÍDOS" das Condições

Gerais.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice, limitado à 2 (dois) anos e será contado a partir do início de vigência.

O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado pelo Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

I. Morte Decorrente de Doença:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício; e
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado.

II. Morte Decorrente de Acidente:

Além dos Documentos relacionados na Alínea I. acima providenciar:

- a. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- b. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- c. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo

dirigido pelo Segurado;

- d. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- e. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

III. Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- a. Declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- b. Declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

IV. Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- a. Cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- b. Companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- c. Pais: RG e CPF do segurado (cópias autenticadas);
- d. Filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do capital segurado indicado na Apólice, caso o Segurado venha a falecer em consequência de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.

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

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

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b. as perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

CLÁUSULA 6ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado pelo Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

I. Morte Decorrente de Acidente:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;

- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

II. Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- a. Declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- b. Declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

III. Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- a. Cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- b. Companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- c. Pais: RG e CPF do segurado (cópias autenticadas);
- d. Filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido ao Segurado, o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado contratado, em caso da perda total, redução

ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, em consequência de acidente pessoal coberto.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b. as perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

Se depois de pagar indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

CLÁUSULA 6ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

No caso de Invalidez Permanente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez

permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso 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: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - CONTINUAÇÃO	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	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:	---
pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor 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 pagamento

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

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

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o acidente.

O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- e. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- f. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados, acompanhados dos respectivos laudos médicos;

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 8ª - JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída 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 honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

CLÁUSULA 9ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 10ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA

O segurado após o recebimento da indenização referente à cobertura de Invalidez Total, não poderá continuar participando do seguro, ainda que continue constando na GFIP.

CLÁUSULA 11ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido ao Segurado, o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado contratado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, em consequência de acidente pessoal coberto.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos

- clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b. as perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

Se, depois de pagar indenização por invalidez permanente total por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor indenizado por morte. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão da indenização por invalidez permanente total.

CLÁUSULA 6ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidental, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a. Perda total da visão de ambos os olhos;
- b. Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c. Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d. Perda total do uso de ambas as mãos;
- e. Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f. Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g. Perda total do uso de ambos os pés; ou
- h. Alienação mental total incurável.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

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

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 Total.

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma desse item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos com informações completas sobre o ocorrido.

O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- e. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- f. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados;

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 8ª - JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída 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 honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

CLÁUSULA 9ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA

O segurado após o recebimento da indenização referente à cobertura de invalidez total, não poderá continuar participando do seguro, ainda que continue constando na GFIP.

CLÁUSULA 10ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante a antecipação total do capital segurado da Cobertura Básica de Morte, caso o Segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, observadas as demais condições contratuais.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):

Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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.

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

Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o indivíduo obtenha renda.

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

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

Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

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

Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos: peso e altura do indivíduo.

Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

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.

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença do Trabalho: aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

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.

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.

Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do indivíduo com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença.

Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favoreceu ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interage.

Hígido: Saudável

Médico Assistente: médico que está assistindo o Segurado ou que já tenha prestado assistência continuada.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica: incapacidade de o organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca, bem como nele se deslocar.

Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Transferência Corporal: capacidade do indivíduo se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico de incapacidade, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este quadro clínico de incapacidade deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item "Liquidação de Sinistros" destas Condições Especiais.

Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, 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 sequelas encefálicas e/ou medulares, que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g. Deficiências visuais, decorrentes de doença:
 - I. Cegueira, na qual a acuidade visual é menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - II. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,05 e 0,3 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - III. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for menor ou igual a 60°; ou
 - IV. 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:
 - II. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - III. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - IV. 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, anexo a esta Condição Especial, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos:

- a. O primeiro documento (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).
 - I. O 1º 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.
 - II. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

b. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

I. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a. perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b. quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo sequelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- c. doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

CLÁUSULA 5ª - CAPITAL SEGURADO

O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela Seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a Seguradora.

Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.

Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

CLÁUSULA 6ª - CARÊNCIA

Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item "Carência" das Condições Gerais.

A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a Seguradora e na apólice do seguro.

CLÁUSULA 7ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão

devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores prevista no item "Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro" das Condições Gerais.

Não estando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

CLÁUSULA 8ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), os documentos básicos necessários são:

- a. Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b. Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do Segurado;
- c. Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao Segurado;
- d. Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do Segurado;
- e. Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, bem como 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 3. Riscos Cobertos, destas Condições Especiais;
- f. Relatório médico assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi 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, bem como informando os respectivos CIDs associados ao estado de incapacidade;
- g. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- h. Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

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

O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item "Despesas de Comprovação" desta Condição Especial.

A Seguradora reserva-se o direito de não considerar 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.

Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela Seguradora, a

indenização será paga de uma só vez.

CLÁUSULA 9ª - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas 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 constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

CLÁUSULA 10ª - JUNTA MÉDICA

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 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.

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.

CLÁUSULA 11ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

1º DOCUMENTO - 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.	0
	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	0
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, 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

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

2º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

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 autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	0
	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

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

3º DOCUMENTO - 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 morbilidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40.	2
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbilidade do caso.	2
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	4
Existem mais de dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	4

CONDIÇÕES ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Quando contratada mediante a pagamento de prêmio adicional, garante ao próprio Segurado ou a seu representante legal a antecipação total do capital segurado da Cobertura Básica de Morte, caso o Segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, observadas as demais condições contratuais.

Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa 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.

Para fins deste seguro 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, consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

Considera-se doença terminal aquela 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 num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do

histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

A invalidez por doença laborativa deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica emitida por profissional devidamente habilitado para essa finalidade. A Seguradora também reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, caso o segurado se negue a passar pela referida avaliação, a indenização não será paga.

Não podem configurar como segurados, para a cobertura de invalidez permanente total por doença laborativa, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):

Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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.

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

Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o indivíduo obtenha renda.

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

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

Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

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

Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos: peso e altura do indivíduo.

Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

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.

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença do Trabalho: aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

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.

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.

Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do indivíduo com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença.

Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favoreceu ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interage.

Hígido: Saudável

Médico Assistente: médico que está assistindo o Segurado ou que já tenha prestado assistência continuada.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica: incapacidade de o organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca, bem como nele se deslocar.

Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Transferência Corporal: capacidade do indivíduo se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico de incapacidade, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este quadro clínico de incapacidade deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item "Liquidação de Sinistros" destas Condições Especiais.

Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, 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 sequelas encefálicas e/ou medulares, que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g. Deficiências visuais, decorrentes de doença:

I. Cegueira, na qual a acuidade visual é menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a

melhor correção óptica;

- II. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,05 e 0,3 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- III. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for menor ou igual a 60°; ou
- IV. 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:
 - I. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - II. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - III. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a. perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b. quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo sequelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- c. doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

CLÁUSULA 5ª - CAPITAL SEGURADO

O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela Seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Laboral Permanente e Total por Doença, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a Seguradora.

Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez laboral permanente e total indicada na declaração médica.

Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

CLÁUSULA 6ª - CARÊNCIA

Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do

item "Carência" das Condições Gerais.

A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a Seguradora e na apólice do seguro.

CLÁUSULA 7ª - CANCELAMENTO DO SEGURO

Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença laborativa, poderá o segurado requerer o pagamento do capital segurado contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez total e permanente por doença laborativa devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do capital segurado.

Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores prevista no item "Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro" das Condições Gerais.

Não estando comprovada a invalidez laboral permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

CLÁUSULA 8ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a Cobertura Adicional de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILPD), os documentos básicos necessários são:

- a. Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b. Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do Segurado;
- c. Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao Segurado;
- d. Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do Segurado;
- e. Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, bem como 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 3. Riscos Cobertos, destas Condições Especiais;
- f. Relatório médico assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi 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, bem como informando os respectivos CIDs associados ao estado de incapacidade;
- g. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, e que

confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

- h. Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

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

O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item "Despesas de Comprovação" desta Condição Especial.

A Seguradora reserva-se o direito de não considerar 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.

Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela Seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

CLÁUSULA 9ª - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez laboral permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas 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 constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

CLÁUSULA 10ª - JUNTA MÉDICA

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 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.

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.

CLÁUSULA 11ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ADIANTAMENTO ESPECIAL POR DOENÇA EM FASE TERMINAL

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cláusula e pagamento de prêmio correspondente garante ao Segurado ou seu representante legal o adiantamento do capital segurado contratado para a cobertura de morte, desde que fique comprovado o diagnóstico de doença em fase terminal do segurado ocorrida na vigência do seguro exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais.

A presente cobertura somente poderá ser contratada quando contratada a cobertura de morte.

Após o pagamento da indenização, automaticamente se extingue a cobertura de morte, bem como o Seguro Individual. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento do adiantamento serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Na hipótese de não ficando comprovado o Diagnóstico de Doença em fase terminal, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais sem qualquer devolução de prêmios pagos.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÃO

Doença em Estágio Terminal: aquela que atingiu estágio no qual não há qualquer alternativa terapêutica médica disponível e não há perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente sem perspectiva de sobrevivência, com expectativa de morte eminente conforme atestado pelo médico assistente do segurado e reconhecido pela Seguradora.

Para fins desta cláusula de antecipação, considera-se “paciente em estágio terminal” o segurado portador de Doença em Estágio Terminal.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAL SEGURADO

O valor do capital segurado que poderá ser adiantado pela contratação desta cláusula estará especificado na Apólice e/ou Certificado Individual limitado a 100% (cem por cento) do capital da cobertura de morte.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
- b. Doenças agravadas por traumatismos;
- c. Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;
- d. Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos.

CLÁUSULA 5ª - BENEFICIÁRIO

O beneficiário será o segurado, ou seu representante legal, caso ocorra a morte do

segurado antes do pagamento da indenização, a antecipação do capital que se refere está cláusula será automaticamente cancelada reintegrada a indenização da cobertura de morte.

CLÁUSULA 6ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

A cobertura para a antecipação do capital segurado começará a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou em data posterior, quando a cláusula suplementar for contratada após o início de vigência do seguro.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA - (RCDAD)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura e pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura garante o ao segurado ou seu representante legal o reembolso das despesas com cirurgias decorrentes de acidente ou doença coberta até o valor do capital segurado contratado, observados os riscos excluídos e elegibilidade para a cobertura.

CLÁUSULA 2ª - CIRURGIAS COBERTAS

Estão cobertas pelo seguro as seguintes cirurgias cujo prazo de internação seja igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas após a sua realização:

Cirurgia Decorrente de Acidente, caracterizada pela necessidade de intervenção cirúrgica em decorrência de acidente coberto ocorrido em data posterior a contratação desta cobertura, desde que prescrita por profissional médico legalmente habilitado e

Cirurgia do Coração, caracterizada pela necessidade de intervenção cirúrgica decorrente de cardiopatia grave diagnosticada em data posterior a data de contratação desta cobertura, e devidamente comprovada e prescrita por profissional médico devidamente habilitado;

Cirurgia Cerebral, caracterizada pela necessidade de intervenção cirúrgica decorrente de doença grave, acidente vascular cerebral e ou acidente grave diagnosticada(o) em data posterior a data de contratação desta cobertura devidamente comprovada e prescrita por profissional médico devidamente habilitado;

Transplante de órgãos vitais, caracterizada pela necessidade de transplante diagnosticada(o) em data posterior a data de contratação desta cobertura consiste na transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor) diagnosticada(o) em data posterior a data de contratação desta cobertura. A indicação de transplante deve ser feita por profissional médico devidamente habilitado para a função.

Esta cobertura não poderá ser contratada quando contratada a cobertura adicional de

Diagnóstico de Doença Grave.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAL SEGUADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice e Certificado Individual de Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" conforme segue:

- a. Cirurgia Cardíaca e Cerebral: a data do diagnóstico da doença que originou a necessidade e prescrição da cirurgia;
- b. Transplante de Órgãos Vitais: a data do diagnóstico da doença que originou a necessidade e prescrição do transplante;
- c. Cirurgia decorrente de Acidente, a data do acidente que originou a necessidade e prescrição da cirurgia.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos mencionados no item 5 – EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais também estarão excluídos da Cobertura de Reembolso de Despesas com Cirurgia Decorrente de Acidente ou Doença:

- a. Cirurgia(s) decorrente(s) de diagnósticos e/ou acidentes anteriores a contratação do seguro;
- b. Cirurgia(s) cujo prazo de internação para realização do procedimento seja igual ou inferior a 24 (vinte e quatro) horas;
- c. Cirurgias que não requerem procedimento invasivo realizado em ambiente hospitalar e que, para efeito deste plano de seguro, não exija permanência no hospital superior a 24 horas, após realização do procedimento;
- d. Cirurgia Plástica Estética;
- e. Cirurgias não indicadas na "cláusula 2ª CIRURGIAS COBERTAS".

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias, durante o qual o Segurado não fará jus a cobertura desta Cobertura.

A contagem do período de até 90 (noventa) dias se iniciará na data de início de vigência da cobertura.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual da cobertura.

O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso

de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à Seguradora, esta deverá ser comunicada pelo estipulante ou pelo Segurado, seus representantes ou beneficiários, através do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, por qualquer meio de comunicação idôneo, porém não desobrigando o Segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referentes ao evento:

Documentos complementares de acordo com o tratamento ou cirurgia indicada:

- a. Para cirurgias decorrentes de acidente: Radiografias e exames que comprove a lesão e relatório completo e detalhado da necessidade cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável.
- b. Para tratamento de Câncer (neoplasia): Resultado do exame anatomopatológico;
- c. Para Cirurgia Cardíaca: Resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca e relatório médico solicitando a cirurgia;
- d. Para Cirurgia Cerebral: Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e e relatório médico indicando a cirurgia;
- e. Para Transplante de Órgãos Vitais: Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da necessidade Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável.
- f. Para todos os eventos: Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença ou acidente), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, referentes aos itens anteriores.

A Seguradora se reserva o direito de solicitar quaisquer outros documentos quando necessário para elucidação do sinistro.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

Documentos complementares de acordo com o tratamento ou cirurgia indicada:

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª - JUNTA MÉDICA

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do diagnóstico da necessidade da cirurgia.

A Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

As despesas efetuadas com a legitimação da comprovação da necessidade de cirurgia e/ou tratamento são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a necessidade de tratamento ou quadro cirúrgico contatado.

As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

Não estando comprovado a realização do tratamento e/ou cirurgia, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais sem qualquer devolução de prêmios.

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS (IEFP)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento de uma indenização adicional ao responsável legal pelo nascituro em caso de morte do segurado ocorrido durante o período de gestação, observadas as demais condições contratuais.

Quando o Segurado for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do segurado.

Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite contratado para esta cobertura.

A contratação desta Cláusula somente poderá ser contratada se contratada a cobertura de Morte ou Morte.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

Para melhor entendimento desta cobertura e facilitar a sua compreensão, seguem as seguintes definições.

Nascituros: filhos nascidos vivos, quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

Natimorto: É o feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

Responsáveis Legais: Mãe, Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.

Período de Gestação: período correspondente entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos apresentados na Cláusula de Morte, estão também excluídos da presente Cláusula:

- a. Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;
- b. Natimorto;
- c. Adoção.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

Para determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento, a data do óbito do segurado.

CLÁUSULA 5ª - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Além dos documentos para a Cláusula de Morte ou Morte Acidental, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização" devidamente preenchido e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e Comprovante de residência do Pai/Mãe ou responsável legal;
- Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
- Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho;
- Declaração de únicos herdeiros.

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO (ADPT)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Quando contratada, mediante a pagamento de prêmio, garante o reembolso das despesas havidas com a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado titular do seguro venha, por determinação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições do Seguro.

As despesas com a referida adequação supra devem ter ocorrido em até 18 (dezoito) meses a contar do acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÕES

Para fins de esclarecimento e entendimento desta cobertura aplicam-se as seguintes definições:

Alteração de Casa: todas as mudanças na residência habitual do Titular do seguro que são necessárias para tornar o local de moradia acessível e habitável para o mesmo diante da ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

Modificação de veículo: todas as alterações no veículo de uso particular do Titular do Seguro que são necessárias para tornar o veículo acessível para que o segurado possa guiá-lo.

Residência Habitual: residência onde o titular do seguro more de forma habitual. Não são consideradas como residência habitual as casas de veraneio do segurado principal.

Veículo Particular: veículo automotor de 4 (quatro) rodas, com capacidade máxima para 9 (nove) passageiros, fabricado para andar em ruas e rodovias públicas.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cláusula, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a. uso de material nuclear, explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b. atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de

- prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c. acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
do início de vigência individual do seguro; ou
da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e. atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
 - g. epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
 - h. perturbações e intoxicações alimentares;
 - i. prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - j. eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - k. eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - l. Acidente Vascular Cerebral;
 - m. eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
 - n. exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linhas regulares;
 - o. 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 sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, data do efetivo dispêndio pelo segurado.

CLÁUSULA 5ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

A garantia compreendida por esta Cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice e enquanto se mantiver vigente.

CLÁUSULA 6ª - CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA CLÁUSULA

Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 16, 17 e 18 das Condições Gerais.

CLÁUSULA 7ª - ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

CLÁUSULA 8ª - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 12., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante e pelo médico que atendia o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- Cópias do RG (cédula de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
- Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, e a necessidade da adequação de casa ou modificação do veículo de uso particular, informando sempre se o paciente encontra-se em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado.
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência) policial, se houver;
- Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Declaração de residência habitual e comprovante de residência do mês anterior ao

sinistro;

- Certidão de propriedade do veículo;
- Laudo, emitido pela empresa responsável pelas adequações com o detalhamento dos serviços prestados;
- Notas fiscais originais para comprovação dos gastos

CLÁUSULA 9ª - DISPOSIÇÕES GERAIS

Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.

CLÁUSULA 10ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO ADAPTAÇÃO CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPTINV)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Quando contratada, mediante o pagamento de prêmio, garante o pagamento de uma indenização para a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, até o valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado titular tenha uma invalidez permanente parcial ou total por acidente, em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÃO

Para fins de esclarecimento e entendimento desta cobertura aplicam-se as seguintes definições:

Acidente Pessoal: para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta Cláusula é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 6 desta Cláusula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

A Indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente parcial ou total por Acidente e ainda aplicados sobre o

Capital Segurado vigente na data do acidente.

Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cláusula. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cláusula, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a. uso de material nuclear para explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b. atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c. acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
do início de vigência individual do seguro; ou
da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e. atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;

- g. epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
- h. perturbações e intoxicações alimentares;
- i. prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j. eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k. eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l. Acidente Vascular Cerebral;
- m. Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n. Dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o. Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- p. 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 sob a nomenclatura de LER – DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidéz acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente pessoal coberto, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

CLÁUSULA 5ª - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado relativo a esta Cláusula será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

CLÁUSULA 6ª - TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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 no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18

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

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
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: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - CONTINUAÇÃO

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	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:	---
pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor 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 pagamento

CLÁUSULA 7ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

A cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cláusula for contratada após entrada em vigor da Apólice e enquanto se mantiver vigente.

CLÁUSULA 8ª - CESSAÇÃO DE COBERTURA

Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 16, 17 e 18 das Condições Gerais.

CLÁUSULA 9ª - ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

CLÁUSULA 10ª - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 12., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- Formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atendeu o Segurado por ocasião do acidente, com indicação da especialidade e CRM;
- Formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

- Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografia e resultados de exames realizados;
- Cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- Cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

CLÁUSULA 11ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - (DMHO-A)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura fica garantido o reembolso, limitado ao capital segurado, 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 pessoal coberto, desde que sejam adquiridos dentro do Ambiente Hospitalar.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b. aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c. reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos;
- d. medicamentos prescritos relacionados ou não com a causa do evento causador da cobertura e adquiridos fora do ambiente hospitalar não serão reembolsados.
- e. despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;
- f. tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
- g. cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
- h. estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
- i. tratamentos relacionados a doenças.

CLÁUSULA 4ª - PRESTADORES

Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de até 30% (trinta por cento) do valor da indenização.

CARÊNCIA: Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma desse item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. Notas fiscais e outros comprovantes ORIGINAIS das despesas efetuadas pelo segurado;
- c. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- d. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- e. Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- f. Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos e os procedimentos realizados;
- g. Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela; e
- h. Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais e demais documentos necessários a comprovação do acidente, descritos no manual de liquidação de sinistros.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª - CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA

Possuindo o segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, a responsabilidade desta seguradora, nesta apólice, será igual a importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma delas.

Pelo mesmo acidente, o reembolso não poderá superar o limite máximo contratado para a cobertura de DMHO.

CLÁUSULA 8ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de utilização do reembolso por esta cobertura, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 9ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE (DIT-A)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de acidente pessoal coberto, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice e o período de franquia.

A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.

O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. doenças, incluídas as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos

- clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c. tratamentos para obesidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - d. tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
 - e. tratamentos odontológicos e ortodônticos, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
 - f. doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
 - g. infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
 - h. doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
 - i. doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer e doença de parkinson.
 - j. as perturbações e intoxicações alimentares, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.
 - k. transtornos mentais e psiquiátricos;
 - l. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - m. lesões que não requerem atenção médica;
 - n. internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check- up);
 - o. cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - p. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia
 - q. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
 - r. quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido

contratualmente.

CARÊNCIA: Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d. Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e. Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f. Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- g. cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; e
- h. exames médicos que estejam relacionados com o evento.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da

aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT-AD)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de causas naturais (doença) ou acidente pessoal cobertos, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice e o período de franquia.

A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura e será paga de uma única vez.

A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.

O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
- b. lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.
- c. entorses, distensões e contusões;
- d. transtornos mentais e psiquiátricos;
- e. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- f. lesões que não requerem atenção médica;
- g. internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check- up);
- h. cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- i. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- j. acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- k. tratamentos odontológicos, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- l. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido

contratualmente.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d. cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e. relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f. comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- g. cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- h. Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE (DIH-A)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar, observado o período de franquia, em caso de eventos cobertos, decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez.

É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização por um período superior a 12 (doze) horas e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no contrato do seguro.

A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para

a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data da internação do segurado por determinação médica.

A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.

As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
- b. intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- c. acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- d. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- e. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- f. cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- g. estados de convalescença, após a alta médica;
- h. tratamentos odontológicos, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- i. diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose;
- j. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
- k. quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

CARÊNCIA: Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. Declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- c. Relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
- d. Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
- e. Boletim de Ocorrência policial, se for o caso, ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- f. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- g. Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado; e
- h. Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIH-AD)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar, observado o período de franquia, em caso de eventos cobertos, decorrentes de causas naturais (doenças) e acidente pessoal cobertos, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez.

É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização por um período superior a 12 (doze) horas e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no contrato do seguro. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data da internação do segurado por determinação médica.

A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.

As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
- b. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- c. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- d. cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- e. estados de convalescença, após a alta médica;
- f. tratamentos odontológicos, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- g. diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose;
- h. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- i. senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
- j. hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- k. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- l. inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- m. ceratomia (cirurgia para correção da miopia);
- n. toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido

contratualmente.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d. cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e. relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f. comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- g. cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; e
- h. exames médicos que estejam relacionados com o evento.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 7ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA EM UTI (DIH-AD-UTI)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar em UTI, observado o período de franquia, em caso de eventos cobertos, decorrentes de causas naturais (doenças) e acidente pessoal cobertos, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez.

É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização por um período superior a 12 (doze) horas e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no contrato do seguro e no certificado individual do seguro.

A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação em UTI.

CLÁUSULA 2ª – DEFINIÇÕES

UTI : Unidade de terapia intensiva

CLÁUSULA 3ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de

Seguro.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data da internação do segurado em UTI por determinação médica.

A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.

As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
- b. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- c. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- d. cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- e. estados de convalescença, após a alta médica;
- f. tratamentos odontológicos, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- g. diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose;
- h. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- i. senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;
- j. hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- k. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- l. inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- m. ceratomia (cirurgia para correção da miopia);
- n. toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou

cirúrgico.

CLÁUSULA 5ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica). As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo uma internação que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e local da internação.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d. Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e. Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;

- f. Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- g. Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; e
- h. Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª – REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA GRAVE (DDG)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento do capital segurado, em caso de Diagnóstico de Doença Grave, observado os riscos excluídos e demais termos das condições contratuais do seguro.

Para fins desta cobertura, consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, através de Declaração Médica especializada durante a vigência do seguro, de um dos seguintes Diagnósticos Clínicos, provenientes exclusivamente das seguintes doenças:

- Diagnóstico de Câncer;
- Derrame (acidente vascular cerebral);
- Infarto Agudo do Miocárdio;
- Insuficiência Renal Crônica;

- Transplante de Órgãos Vitais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" data do 1º (primeiro) diagnóstico da doença coberta e que se enquadre em quadro clínico de diagnóstico, indicada na declaração médica conforme segue:

Diagnóstico de Câncer: É a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista.

Derrame: (Acidente Vascular Cerebral): Isquemia cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia intracraniana, que produz sequela neurológica definitiva, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

Infarto Agudo do Miorcardio: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares.

O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas.

Insuficiência Renal Crônica: Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, diagnosticada por nefrologista, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

Transplantes de Órgãos Vitais: É a transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.

Esta cobertura será contratada apenas para o 1º (primeiro) diagnóstico de Doenças Graves, uma vez caracterizado o evento como coberto e indenizado, o seguro será cancelado.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data do diagnóstico da Doença Grave.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos mencionados no item 5 – EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais também estarão excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Doenças Graves:

- a. Para câncer (neoplasia): qualquer câncer não invasivo (in situ), doença de hodgkin na fase i, todos os câncer de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da

classificação clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana, carcinoma micropapilar da bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação rai menor que III);

- b. Para infarto agudo do miocárdio: infartos do miocárdio anteriores a contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação;
- c. Para derrame (acidente vascular cerebral): ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da apólice;
- d. Para insuficiência renal crônica: insuficiência renal aguda e/ou insuficiência renal crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;
- e. Para ara transplantes de órgãos vitais: qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados no item 1.2.5 destas Condições Especiais;
- f. Toda e qualquer cirurgia não especificada no item riscos cobertos desta cobertura.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: O período de franquia poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias, durante o qual o Segurado não fará jus a cobertura desta Cobertura, na hipótese de ocorrência de seu falecimento em decorrência do mesmo diagnóstico da doença grave verificada, sem prejuízo do cumprimento do prazo de Carência. A contagem do período de até 90 (noventa) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à Seguradora, esta deverá ser comunicada pelo estipulante ou pelo Segurado, seus representantes ou beneficiários, através do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, por qualquer meio de comunicação idôneo, porém não desobrigando o Segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os

respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada;
- b. Para Câncer (neoplasia): Resultado do exame anatomopatológico;
- c. Para Infarto Agudo do Miocárdio: Resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca;
- d. Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral): Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio;
- e. Para Insuficiência Renal Crônica: Resultado dos exames da função renal;
- f. Para Transplante de Órgãos Vitais: Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável.
- g. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos imagens e resultados de exames, referentes aos itens anteriores.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – JUNTA MÉDICA

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do diagnóstico de Doença Grave, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 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 designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

As despesas efetuadas com a legitimação do Diagnóstico de Doença Grave são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas 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 constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Diagnóstico de Doença Grave igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de morte, seu pagamento extingue, 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, atualizados monetariamente.

Não estando comprovado o Diagnóstico de Doença Grave, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Bilhete de seguro / certificado / Apólice, sem qualquer devolução de prêmios.

CLÁUSULA 7ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE QUEIMADURA GRAVE (QG)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao(s) próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado, decorrente de Diagnóstico de Queimadura Grave, observado os riscos excluídos e demais termos previstos nas Condições Contratuais do seguro e nesta cláusula.

Queimadura Grave: queimaduras de segundo grau que atingem acima de 20% (vinte por cento) da superfície corporal, queimaduras de terceiro grau que atingem mais de 10% (dez por cento) da superfície corporal, queimaduras de segundo ou terceiro grau que atingem o períneo, queimaduras de terceiro grau que atingem mão ou pé ou face ou axila e queimaduras por corrente elétrica.

Esta cobertura será contratada apenas para o 1º (primeiro) diagnóstico de Queimadura Grave, uma vez caracterizado o evento como coberto e indenizado, o seguro será cancelado.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data da ocorrência do acidente.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. Queimaduras decorrentes de auto-agressão.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

CARÊNCIA: Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da Vigência inicial do Contrato, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um evento que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d. cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e. relatório do médico informando o histórico do evento causador do evento, a superfície corporal atingida, a profundidade das queimaduras e o tratamento realizado;
- f. comprovante de atendimento hospitalar devido à queimadura;
- g. Para queimadura de terceiro grau, laudo de Cirurgião Plástico.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-M

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura em caso de morte do Segurado ocorrida durante o período de vigência do seguro, será garantido o pagamento ao(s) beneficiário(s), a título de auxílio funeral, o capital segurado contratado relativo a esta cobertura.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

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

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnico e da Cláusula – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;

- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA – AXCB-M

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido o pagamento de uma indenização a título de auxílio alimentação ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do segurado em decorrência de eventos de causas naturais (doença) ou acidente pessoal cobertos, ocorridos durante o período de vigência do seguro.

O pagamento poderá ser efetuado por meio de crédito em cartão-eletrônico, se estabelecido na Proposta de Contratação.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

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

De acordo com o estabelecido contratualmente, a indenização poderá ser paga em espécie, por meio do fornecimento de cestas de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnico e da Cláusula – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do

Trabalho), se houver;

- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA – AXCB-MA

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido o pagamento de uma indenização a título de auxílio alimentação ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal cobertos, ocorridos durante o período de vigência do seguro.

O pagamento poderá ser efetuado por meio de crédito em cartão-eletrônico, se estabelecido na Proposta de Contratação.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente.

De acordo com o estabelecido contratualmente, a indenização poderá ser paga em espécie, por meio do fornecimento de cestas de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnico e da Cláusula – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL – AXE-M

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido o pagamento de uma indenização a título de auxílio emergencial ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do segurado em decorrência de eventos de causas naturais (doença) ou acidente pessoal cobertos, ocorridos durante o período de vigência do seguro.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

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

O pagamento do capital segurado será realizado pelos prestadores de serviços de assistência funeral contratados pela seguradora.

Esta cobertura somente poderá ser contratada juntamente com a cobertura de Assistência Funeral.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnico e da Cláusula – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada,

telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL – AXE-MA

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido o pagamento de uma indenização

a título de auxílio emergencial ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal cobertos, ocorridos durante o período de vigência do seguro.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente.

O pagamento do capital segurado será realizado pelos prestadores de serviços de assistência funeral contratados pela seguradora.

Esta cobertura somente poderá ser contratada juntamente com a cobertura de Assistência Funeral.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnico e da Cláusula – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo

empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-M

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido o reembolso ao estipulante das despesas com a rescisão do contrato de trabalho com o segurado, em decorrência de seu falecimento em decorrência de eventos de causas naturais (doença) ou acidentes pessoais cobertos durante o período de vigência do seguro, limitado ao capital segurado contratado.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

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

A cobertura somente poderá ser contratada somente por pessoas que possuam vínculo empregatício sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com o estipulante.

A indenização paga ao estipulante, a título de verba rescisória, será feito de uma única vez.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- Saldo de salário;
- 13º salário;
- Férias vencidas;
- Férias proporcionais;
- Participação nos lucros;
- 1/3 constitucional sobre férias vencidas e proporcionais;
- Salário-família;
- FGTS do mês anterior (depósito);
- FGTS da rescisão (depósito);
- Multas por descumprimento do contrato de trabalho nos termos previstos pela legislação trabalhistas;
- Danos Morais e Materiais decorrentes direta ou indiretamente do fato gerador do sinistro; e
- Despesas ordinárias decorrentes do contrato de trabalho.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.
- j. Cópia da Convenção Coletiva de Trabalho ou similar, que demande o pagamento das

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-MA

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido o reembolso ao estipulante das

despesas com a rescisão do contrato de trabalho com o segurado, em decorrência de seu falecimento decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto durante o período de vigência do seguro, limitado ao capital segurado contratado.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente.

A cobertura somente poderá ser contratada somente por pessoas que possuam vínculo empregatício sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com o estipulante.

A indenização paga ao estipulante, a título de verba rescisória, será feita de uma única vez.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- Saldo de salário;
- 13º salário;
- Férias vencidas;
- Férias proporcionais;
- Participação nos lucros;
- 1/3 constitucional sobre férias vencidas e proporcionais;
- Salário-família;
- FGTS do mês anterior (depósito);
- FGTS da rescisão (depósito);
- Multas por descumprimento do contrato de trabalho nos termos previstos pela legislação trabalhistas;
- Danos Morais e Materiais decorrentes direta ou indiretamente do fato gerador do sinistro; e
- Despesas ordinárias decorrentes do contrato de trabalho.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos

ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver; e
- j. Cópia da Convenção Coletiva de Trabalho ou similar, que demande o pagamento das verbas cobertas por essa cobertura

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA - RT-IPTA

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura será garantido o reembolso ao estipulante das despesas com a rescisão do contrato de trabalho com o segurado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, em consequência de acidente pessoal coberto.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente.

A cobertura somente poderá ser contratada somente por pessoas que possuam vínculo empregatício sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com o estipulante.

A indenização paga ao estipulante, a título de verba rescisória, será feito de uma única vez.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- Saldo de salário;
- 13º salário;
- Férias vencidas;
- Férias proporcionais;

- Participação nos lucros;
- 1/3 constitucional sobre férias vencidas e proporcionais;
- Salário-família;
- FGTS do mês anterior (depósito);
- FGTS da rescisão (depósito);
- Multas por descumprimento do contrato de trabalho nos termos previstos pela legislação trabalhistas;
- Danos Morais e Materiais decorrentes direta ou indiretamente do fato gerador do sinistro; e
- Despesas ordinárias decorrentes do contrato de trabalho.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

Não haverá aplicação de Franquia e Carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidental, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatados e avaliados a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- a. Perda total da visão de ambos os olhos;
- b. Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c. Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d. Perda total do uso de ambas as mãos;
- e. Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f. Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g. Perda total do uso de ambos os pés; ou
- h. Alienação mental total incurável.

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 Total.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se

tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- e. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- f. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados;
- g. Cópia da Convenção Coletiva de Trabalho ou similar, que demande o pagamento das verbas cobertas por essa cobertura.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 7ª – JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída 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 honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

CLÁUSULA 8ª – CANCELAMENTO DA COBERTURA

O segurado após o recebimento da indenização referente à cobertura de Rescisão Trabalhista – RT-IPTA, não poderá continuar participando do seguro, ainda que continue constando na GFIP.

CLÁUSULA 9ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cláusula suplementar de Inclusão de Cônjuge, poderá ser contratado as coberturas do seguro para o cônjuge do segurado principal.

Não pode participar desta cláusula suplementar, o cônjuge que faça parte do grupo segurado, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

São extensíveis ao cônjuge, somente as coberturas contratadas pelo segurado principal, respeitadas as restrições estabelecidas no contrato de seguro.

CLÁUSULA 2ª – DEFINIÇÃO

Cônjuge: é a(o) esposa(o) do segurado(a).

A(O) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

CLÁUSULA 3ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

O capital segurado relativo a cada cobertura contratada para o cônjuge será equivalente a um percentual do correspondente capital segurado contratado para o segurado principal

O percentual referente a cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente, sendo que não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.

CLÁUSULA 5ª – FORMA DE CONTRATAÇÃO

A inclusão do Cônjuge do segurado principal será automática, sem necessidade de adesão individual, desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

CLÁUSULA 6ª – BENEFICIÁRIO

Na falta de indicação expressa do beneficiário do cônjuge nas coberturas cujo evento coberto seja o falecimento, a indenização será paga ao segurado principal. Nas demais coberturas, o beneficiário será o próprio cônjuge.

CLÁUSULA 7ª – INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

Os riscos individuais previstos no seguro começam a vigorar:

- a. na forma automática: a partir da caracterização da condição de cônjuge.
- b. na forma facultativa: na data da inclusão do cônjuge, desde que aceito previamente pela seguradora

As coberturas contratadas para o cônjuge começam a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou a partir da data em que se caracterizar a sua união, conforme no item DEFINIÇÃO acima, ou ainda, em data posterior, quando a cláusula suplementar for contratada após a entrada em vigor das coberturas do segurado principal, ou ainda a partir da data.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cláusula suplementar de Inclusão de Filhos, poderá ser contratado as coberturas do seguro para os filhos do segurado principal.

Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, é permitida somente a contratação de coberturas para o reembolso das despesas, devidamente comprovadas, observando-se que:

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

São extensíveis aos filhos, somente as coberturas contratadas pelo segurado principal, respeitadas as restrições estabelecidas no contrato de seguro.

Não podem participar desta cláusula suplementar, os filhos que façam parte do grupo segurado, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal para efeito desta cláusula suplementar.

CLÁUSULA 2ª – DEFINIÇÃO

Filho: para efeito desta cláusula suplementar é o filho, o enteado e o menor considerado dependente do segurado principal conforme regra estabelecida pela Receita Federal

para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

CLÁUSULA 3ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

O capital segurado relativo a cada cobertura contratada para os filhos será equivalente a um percentual do correspondente capital segurado contratado para o segurado principal

O percentual referente a cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente, sendo que não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.

CLÁUSULA 5ª – FORMA DE CONTRATAÇÃO

A inclusão dos Filhos do segurado principal será automática, sem necessidade de adesão individual, desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

CLÁUSULA 6ª – BENEFICIÁRIO

O beneficiário dos filhos nas coberturas cujo evento coberto seja o falecimento, é o segurado principal. Nas demais coberturas, os beneficiários serão os filhos.

CLÁUSULA 7ª – INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

As coberturas contratadas para os filhos começam a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou em data posterior, quando a cláusula suplementar for contratada após a entrada em vigor das coberturas do segurado principal.

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS DCF.

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cláusula e pagamento de prêmio correspondente garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em razão do nascimento de filho com vida, portador de doença congênita prevista nestas condições gerais, e que tenha sido diagnosticada na vigência do seguro exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, e do Contrato.

Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, esta cobertura será incluída uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal para efeito desta cláusula suplementar.

CLÁUSULA 2ª – DEFINIÇÃO

Filho: para efeito desta cláusula suplementar é o filho, o enteado e o menor considerado dependente do segurado principal conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

Doença Congênita: considera-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos e funcionais diagnosticados quando do nascimento com vida.

Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:

- Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;
- Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;
- Malformação da traquéia e dos pulmões;
- Malformação dos rins;
- Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
- Malformação dos órgãos sensoriais, exclusivamente visão e audição; e,
- Anomalias cromossômiais (Síndrome de Down e Síndrome de Tumer).

CLÁUSULA 3ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

O capital segurado relativo a cada cobertura contratada para os filhos será equivalente a um percentual do correspondente capital segurado contratado para o segurado principal

O percentual referente a cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente, sendo que não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.

CLÁUSULA 5ª – FORMA DE CONTRATAÇÃO

A inclusão dos Filhos do segurado principal será automática, sem necessidade de adesão individual, desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições

estabelecidas contratualmente.

CLÁUSULA 6ª – BENEFICIÁRIO

O beneficiário dos filhos nas coberturas cujo evento coberto seja o falecimento, é o segurado principal. Nas demais coberturas, os beneficiários serão os filhos.

CLÁUSULA 7ª – INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

As coberturas contratadas para os filhos começam a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou em data posterior, quando a cláusula suplementar for contratada após a entrada em vigor das coberturas do segurado principal.

CLÁUSULA 8ª – INDENIZAÇÃO

O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.

CLÁUSULA 9ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PAGAMENTO ANTECIPADO ESPECIAL POR CONSEQUÊNCIA DE DOENÇA PROFISSIONAL

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Esta cobertura garante, desde que contratada, o pagamento do Capital Segurado contratado relativo a esta cobertura, como Antecipação da Cobertura de Morte, em caso de invalidez funcional permanente e total do Segurado, em consequência exclusiva de doença adquirida em decorrência da atividade profissional do segurado.

CLÁUSULA 2ª – RISCOS COBERTOS

O risco coberto segurado é a invalidez funcional permanente e total por doença adquirida em decorrência da atividade profissional do segurado, desde que, a mesma seja causa da perda da existência independente na vigência da apólice e/ou certificado individual, é o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado.

O risco coberto, observado o disposto no item 5, as disposições das condições contratuais e a vigência da apólice e/ou do certificado individual, garantem ao segurado o pagamento da indenização.

A invalidez permanente deve ser comprovada por declaração médica. A aposentadoria 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 para efeitos destas Condições Especiais.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Além do disposto no item 04 das Condições Gerais deste plano de seguro, a Seguradora não garante o pagamento da indenização caso a invalidez funcional permanente e total

do Segurado, decorrente de doença profissional e que cause a perda da existência independente do Segurado ocorrida na vigência do certificado individual e/ou da apólice ocorra por consequência, direta ou indireta, de:

- 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. doença agravadas por traumatismos.

Não se considera risco excluído a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença profissional e que cause a perda da existência independente de Segurado durante a vigência da apólice e do certificado individual proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

CLÁUSULA 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.

CLÁUSULA 5ª – CAPITAIS SEGURADOS

Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato.

Reconhecida a Invalidez pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data da caracterização da invalidez indicada no laudo médico.

Deverão ser entregues cópias autenticadas dos documentos relacionados, em caso de sinistros relacionados às coberturas descritas abaixo:

- a. Através do formulário denominado Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.
- b. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro).
- c. 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 Dos Riscos Cobertos.
- d. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:
 - o Cópia do documento de identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado;
 - o Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e 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.

Fica facultado à Sociedade Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Sociedade Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, mediante correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

A junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro desempatador serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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.

As despesas efetuadas, com a comprovação do Sinistro e documentação de habilitação para recebimento da Indenização serão custeadas pelos interessados, exceto se realizadas pela Seguradora, a quem caberá, no caso de dúvidas, a adoção de medidas visando plena elucidação do Sinistro.

CLÁUSULA 7ª – CESSAÇÃO DE COBERTURA

O pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerada como uma antecipação da cobertura para o caso de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a cobertura para o caso de Morte, assim como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais, do Contrato

CLÁUSULA 8ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

ANEXO – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTO
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 SOZINHA 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.	0
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	0
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR- SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR- SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS	0

	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 DIÁRIO, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E 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.	2
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	2
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	4
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE	4
CERTIFICA-SE SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	8

CONDIÇÕES ESPECIAIS AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL (AXF-MA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura em caso de morte acidental do Segurado ocorrida durante o período de vigência do seguro, será garantido o pagamento ao(s) beneficiário(s), a título de auxílio funeral, o capital segurado contratado relativo a esta cobertura.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

O Capital estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

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

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnico e da Cláusula – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA/CARÊNCIA

FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

- a. Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;

- g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª – RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE UTI – DIH-A-UTI

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento do prêmio adicional, o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias contratada e estabelecido no certificado individual de seguro, observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.

CLÁUSULA 2ª – CAPITAL SEGURADO

Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme item 16 – CAPITAIL SEGURADO das condições gerais, respeitadas as seguintes regras:

- a. Valor por diária estabelecido no certificado individual de seguro;
- b. Limite máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
- c. Limite de 2 (dois) eventos cobertos por vigência.

O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, na Unidade de Terapia Intensiva, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.

É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.

O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos no item RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, excluem-se também eventos decorrentes de:

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

CLÁUSULA 4ª – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

O capital segurado desta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

Serão consideradas como o mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas como o mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

Dessa forma serão descontadas do total de diárias contratadas, as diárias da internação anterior, respeitando o limite máximo estabelecido no item – CAPITAIS SEGURADOS, desta condição especial.

CLÁUSULA 5ª – DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da internação.

CLÁUSULA 6ª – FRANQUIA

O período de franquia para esta cobertura, será de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da internação hospitalar, e estará indicado no certificado

individual de seguro.

CLÁUSULA 7ª – BENEFICIÁRIOS

O beneficiário será o próprio segurado ou seu representante legal.

CLÁUSULA 8ª – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Além das hipóteses previstas no item PAGAMENTO DO PRÊMIO e CANCELAMENTO DO SEGURO, esta cobertura cessa:

- a. Com o pagamento de 2 (dois) eventos;
- b. Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro

CLÁUSULA 9ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- a. Formulário "Aviso de Sinistro", com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo próprio segurado, ou seu representante legal;
- b. Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado;
- c. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d. Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- e. Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- f. Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
- g. Todos os exames médicos realizados;
- h. Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
- i. No caso do segurado ser assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- j. Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.

As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula de SINISTROS das condições gerais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS AUXÍLIO ESPECIAL POR ACIDENTE (AEPA)

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento do prêmio adicional, o pagamento de indenização em caso de lesão física causada, exclusivamente por acidente pessoal específico, conforme riscos definidos para essa cobertura, que resulte em afastamento do segurado, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária do segurado exercer todas as suas atividades profissionais ou ocupação, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

CLÁUSULA 2ª – RISCOS COBERTOS

Esta cobertura, se contratada, garante exclusivamente os eventos abaixo:

- a. Ataques de Bichos peçonhentos;
- b. Choques elétricos;
- c. Prensamento de Membros, desde que as pessoas designadas para a função sejam comprovadamente habilitadas, quando exigida à habilitação pelos respectivos fabricantes e/ou por disposição legal, para operar / conduzir aqueles bens e/ ou para prestar os serviços de conservação e/ou manutenção dos mesmos.
- d. Projeção de materiais sobre partes do corpo.
- e. Lesões pela utilização de ferramentas portáteis.
- f. Quedas no mesmo nível ou de mais de um nível

CLÁUSULA 3ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos no item RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, excluem-se também eventos decorrentes de:

- a. A falha profissional na execução/prestação de serviço por pessoa que não estiver regularmente habilitada, de acordo com as exigências dos órgãos reguladores da profissão ou de acordo com a exigência feita pelos fabricantes, ou não tiver cumprido as exigências relativas à obtenção da especialidade segurada, ou perder uma dessas condições de regularidade no curso de vigência.

CLÁUSULA 4ª – FRANQUIA

O período de franquia será de 7 dias ininterruptos por evento, contados a partir da data de afastamento da atividade profissional do segurado, por determinação médica, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento.

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

CLÁUSULA 5ª – CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é a importância a ser pago em caso de sinistro coberto, estabelecida na apólice vigente na data do evento.

Considera-se como data do evento, a data do acidente pessoal.

CLÁUSULA 6ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia e regras de franquia e carência, definido na apólice de seguro.

O início do pagamento desta garantia se dará a partir do primeiro dia subsequente ao término da franquia, até o limite de dias/meses determinado nas Condições Contratuais e na Apólice de Seguro.

O pagamento da cobertura de Auxílio Especial por Acidente não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro que possam ter sido contratadas.

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) providenciar, além dos documentos básicos os documentos abaixo:

- a. Cópia de Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b. Laudo do 1º atendimento Médico onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- c. Relatório Médico completo, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- d. Caso o segurado seja condutor do meio de transporte, envolvido no acidente seja exigida a sua habilitação para a condução que deve estar regular nos órgãos competentes;
- e. Cópia da comunicação do acidente de trabalho (CAT)
- f. Cópia do boletim de ocorrência ou vertidão de ocorrência policial, se for o caso;
- g. Cópia do laudo de exame de corpo de delito, caso necessário;
- h. Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente e se o Segurado se encontrava em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro;
- i. Em caso de quadro clínico que necessite de interdição do segurado, providenciar o envio dos documentos: Certidão de interdição judicial ou termo de cautela e Cópia do RG, CPF e Comprovante de residência atualizado até 60 dias do vencimento, em nome do curador;

Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membros da família ou de pessoas que estejam vivendo com o segurado, independente dessa pessoa ser um médico habilitado.

CLÁUSULA 7ª – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

A seguradora procederá com a reintegração automática desta garantia após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

CLÁUSULA 8ª – CESSAÇÃO DE COBERTURA

O pagamento da indenização não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

CONDIÇÕES ESPECIAIS AUXÍLIO MEDICAMENTOS – DECORRENTE DE ACIDENTE OCORRIDO EM HORÁRIO DE TRABALHO.

CLÁUSULA 1ª – OBJETIVO

Esta cobertura, desde que contratado, garante o reembolso das despesas com medicamentos, até o limite do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente, decorrente exclusivamente, de acidente pessoal coberto ocorrido no período de horário de trabalho.

As despesas efetuadas no exterior serão efetuadas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando limite do capital segurado contratado em moeda corrente do Brasil.

CLÁUSULA 2ª – RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos no item RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, excluem-se também eventos decorrentes de:

- a. Medicamentos de uso contínuo
- b. Medicamentos não aprovados por Órgãos Oficiais de Saúde do País e no Brasil de acordo com o território que efetuou a despesa de medicamento;

CLÁUSULA 3ª – FRANQUIA E CARÊNCIA

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

CLÁUSULA 4ª – CAPITAL SEGURADO

Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de seguro vigente na data do evento.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente pessoal do Segurado.

CLÁUSULA 5ª – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento desta garantia será feito através de reembolso dos valores gastos com medicamentos, obedecendo o limite máximo estabelecido para esta garantia e regras de franquia e carência, definido na apólice de seguro.

O pagamento da cobertura de Auxílio medicamentos – decorrente de acidente ocorrido em horário de trabalho não caracteriza, pela Seguradora, o recolhimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de seguro que possam ter sido contratadas.

Em caso de sinistro, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) providenciar, além dos documentos básicos os documentos abaixo:

- a. Laudo do 1º atendimento Médico onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- b. Caso o segurado seja condutor do meio de transporte, envolvido no acidente seja exigida a sua habilitação para a condução que deve estar regular nos órgãos competentes;
- c. Cópia da comunicação do acidente de trabalho (CAT)
- d. Cópia do boletim de ocorrência ou Certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- e. Cópia do laudo de exame de corpo de delito, caso necessário;
- f. Comprovantes originais de despesas com medicamentos acompanhados de receita médica;

CLÁUSULA 6ª – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

A seguradora procederá com a reintegração automática desta garantia após cada sinistro indenizável, não havendo cobrança de prêmio adicional.

CLÁUSULA 7ª – CESSAÇÃO DE COBERTURA

O pagamento da indenização não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.