

CONDIÇÕES GERAIS - SEGURO DE VIDA COLETIVO TAXA MÉDIA

Processo SUSEP nº 15414.900972.2018.49 - Vigência a partir das 24 horas de 10/09/2020

1.	DEFINIÇÕES	3
2.	OBJETIVO DO SEGURO	5
3.	COBERTURAS	5
4.	DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS	6
5.	EXCLUSÕES GERAIS	6
6.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	7
7.	CARÊNCIAS	7
8.	GRUPO SEGURÁVEL	8
9.	INCLUSÃO DE DEPENDENTES	9
10.	ACEITAÇÃO DO SEGURO	9
11.	VIGÊNCIA DO SEGURO	10
12.	RENOVAÇÃO DA APÓLICE	10
13.	CAPITAL SEGURADO	10
14.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	11
15.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	12
16.	PRAZO DE TOLERÂNCIA	12
17.	APLICABILIDADE DE MORA	13
18.	. PERDA DO DIREITO	13
19.	CANCELAMENTO DA APÓLICE	14
20.	CANCELAMENTO DO SEGURO	14
21.	REAVALIAÇÃO DA TAXA	15
22.	OBRIGAÇÕES	15
23.	REGULAÇÃO DO SINISTRO	16
24.	BENEFICIÁRIOS	18
25.	REGIME FINANCEIRO	18
26.	EXCEDENTE TÉCNICO	19
27.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	19
28.	SUB-ROGAÇÃO	20
29.	RATIFICAÇÃO	20
30.	FORO	20
31.	DISPOSIÇÕES GERAIS	20
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA	20
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA COM INCLUSÃO DE EPIDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE	21
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL	22
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	24
	TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	26
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	29

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	34
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL POR DOENÇA (IAIF).....	38
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES	41
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE	44
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS	45
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS.....	46
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL MORTE POR QUALQUER CAUSA	48
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO MORTE QUALQUER CAUSA	49
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO.....	50
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS.....	52
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE	53
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE.....	55
DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	57
INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)	62
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA	63
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR DOENÇA.....	66
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA	69
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE	74
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE.....	78
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS.....	79

1. Definições

Acidente Pessoal

Para fins deste seguro, considera-se “acidente pessoal”: 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:

✓ **Incluem-se, nesse conceito:**

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

✓ **Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:**

- 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;
- b) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- c) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal; e,
- d) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

Aditivo: documento emitido pela Seguradora, e que se destina a adicionar coberturas ou características complementares a cláusulas já existentes na apólice, tornando-se a partir de sua aplicação, parte integrante da mesma.

Apólice: É o documento emitido pela Sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

Beneficiário: É a pessoa a favor da qual é contratado o seguro ou que tenha direito ao recebimento à indenização pela ocorrência de evento coberto pelo seguro.

Capital Segurado: É a importância máxima a ser paga ao Segurado ou Beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

Carência: É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora quando da aceitação de proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio.

Cobertura: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da contratação do seguro, e que são exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

Condições Especiais: Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de uma mesma apólice de seguro.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e do estipulante.

Corretor de Seguro: É o profissional, escolhido diretamente pelo estipulante, devidamente habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros remunerados, mediante comissões estabelecidas na tarifa.

Contrato: 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.

Doenças e/ou Lesões Preexistentes: São as doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.

Endosso: Documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.

Estipulante: É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata a apólice de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Sociedade Seguradora.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas Coberturas contempladas nestas Condições Gerais.

Formulário de Aviso de Sinistro: documento através do qual é feita a comunicação do sinistro à seguradora.

Franquia: valor de participação obrigatória do Segurado e/ou estipulante, a ser deduzido do total da indenização devida, em caso de ocorrência de sinistro garantido pela apólice.

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.

Indenização: É o valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Sociedade Seguradora.

Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

Período de Cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

Prazo de Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Prêmio: Importância paga pelo Segurado ou estipulante e/ou proponente à Seguradora para que esta assuma o risco a que o Segurado está exposto.

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

Proposta de Adesão: Documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob a forma coletiva, nele manifestando pleno conhecimento do Regulamento e do respectivo contrato.

Proposta de Contratação: Documento, emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o proponente, pessoa física, em planos contratados sob a forma individual, ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), nele manifestando pleno conhecimento do Regulamento e, no caso de contratação sob a forma coletiva, do respectivo contrato.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

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

Segurado Principal: É a pessoa física que, tendo interesse segurável, contrata o Seguro em seu benefício pessoal ou de terceiros.

Segurados Dependentes: pode ser o cônjuge ou companheiro, filhos, enteados e menores considerados como dependentes do segurado principal de acordo com o regulamento do imposto de renda, quando incluídos no seguro.

Seguradora: Empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

Sinistro: É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

Taxa: É o elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculo de juros, reservas matemáticas, etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado. Nos Seguros de Vida em Grupo, é comum encontrar as taxas expressas em percentagem (%).

Vigência do Seguro: É o período no qual o Seguro está em vigor.

2. Objetivo do Seguro

2.1. Este seguro tem por Objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas Coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.

3. Coberturas

3.1. Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles constantes no Certificado Individual e definidos nas Condições Contratuais, que fazem parte integrante e inseparável da apólice, e nela se encontram expressamente ratificadas.

3.2. Este Seguro é composto por Coberturas Básicas e Coberturas Adicionais descritas nas Condições Especiais, sendo obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das Coberturas Básicas.

3.3. Para os menores de 14 (quatorze) anos, as Coberturas de Morte destinam-se somente ao reembolso das despesas realizadas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, 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.

3.4. Os capitais segurados do componente dependente, não podem ser superiores ao do componente principal.

4. Descrição das Coberturas

4.1. As coberturas deste seguro estão descritas nas Condições Especiais deste seguro.

5. Exclusões Gerais

5.1. Para todas as coberturas estão expressamente excluídos deste seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos de vigência individual do Seguro;
- c) danos morais;
- d) para portadores de deficiência física: lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta Individual de Adesão, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, assim como, as condições clínicas advindas de qualquer complicação, em qualquer tempo, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos e ainda, as lesões e disfunções de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, também em qualquer tempo, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta Individual de Adesão.
- e) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras

- perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- f) movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emanção de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora, salvo prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - g) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
 - h) epidemias declaradas por órgão competente, gripe aviária, envenenamento, exceto por absorção de substância tóxica;
 - i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - j) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Gerais do presente Seguro;
 - k) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;
 - l) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa, nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro;
 - m) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
 - n) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - o) participação em disputas ou duelos.

6. Âmbito Geográfico da Cobertura

6.1. O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7. Carências

7.1. Para todas as Coberturas do Seguro de Vida haverá carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do segurado, ou de sequelas de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

- 7.2. Os prazos de carência, quando previstos pelo plano de Seguro, constarão no Contrato de Seguro.
- 7.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.4. Em caso de renovação de Apólice não será iniciado novo prazo de carência.
- 7.5. Os critérios para fixação de carência, seus prazos e períodos, quando previstos, serão idênticos para os Segurados de uma mesma Apólice.
- 7.6. Poderá ser definido no Contrato de Seguro período de carência de até 2 anos, para qualquer Cobertura, exceto para os casos de acidente.
- 7.7. O período de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência.

8. Grupo Segurável

8.1. Somente serão aceitos no Grupo Segurado os proponentes pertencentes ao Grupo Segurável, isto é, que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, observados os limites de idade e de Capitais Segurados, e que tiverem preenchido e assinado a Proposta Individual de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde, quando exigida, o que será ratificado no Contrato da Apólice. A aceitação do Segurado fica condicionada à análise pela Seguradora e, a seu critério, da Proposta Individual de Adesão.

8.2 O vínculo de que trata o subitem anterior estará de forma clara e objetiva definido na Proposta Individual de Adesão.

8.3. Para a contratação do Seguro sobre a vida dos outros, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de falsidade, o seu interesse pela preservação da vida da pessoa que deseja segurar. Até prova em contrário, presume-se o interesse quando a pessoa a quem se deseja segurar é cônjuge, ascendente ou descendente do interessado.

8.4. Nos Seguros não contributários, todos os dirigentes, empregados ou associados do Estipulante serão incluídos na Apólice, excetuando-se apenas as pessoas impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem expressamente contra sua inclusão no Seguro.

8.5. Podem ser aceitos na Cobertura Básica e nas Coberturas Adicionais, mediante prévio acordo entre as partes, os aposentados por tempo de serviço que estejam em perfeitas condições de saúde, o que constará do Contrato da Apólice.

8.6. Fica estabelecido que a aceitação de aposentados só é permitida em 2 (dois) momentos:

a) quando da recepção do grupo de Segurados, por ocasião da implantação da Apólice e desde que os mesmos já façam parte do grupo Segurado, de acordo com as condições estabelecidas no item 8.1 anterior; ou

b) quando de sua efetiva aposentadoria, que implicará em sua manutenção na Apólice, sem interrupção de vigência individual.

8.7. O aposentado somente será mantido no Seguro enquanto seu prêmio for pago por intermédio do Estipulante.

8.8. Se o Segurado tiver sido aceito no Seguro com idade acima do limite fixado na Apólice, por motivo de inexatidão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, seu Seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação do erro na idade aconteça quando ocorrer algum evento coberto pela Apólice.

8.9. Se a inexatidão ou omissão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, não resultar de má-fé do Segurado, deverá ser considerado o subitem 18.3 destas Condições Gerais.

8.10. Os portadores de deficiência física que fizerem parte do grupo segurável estarão aceitos em todas as Coberturas, todavia, ficando excluídos os riscos relacionados na alínea “d” do item 5.1.

9. Inclusão de Dependentes

9.1. Podem ser incluídos neste Seguro como dependentes do Segurado Principal: cônjuge e filhos/enteados do Segurado Principal, desde que estes não pertençam ao grupo segurável. Quando os Segurados principais tiverem dependentes comuns, estes serão incluídos, uma única vez, pelo Segurado cujo valor do Capital Segurado na Cobertura básica for maior.

9.2. A indenização por morte do dependente é devida ao Segurado Principal.

9.3. Para menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de Coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado Principal ou dependente.

9.4. O Capital Segurado Individual do Segurado Dependente, em quaisquer Coberturas, não pode ser superior ao do Segurado Principal.

10. Aceitação do Seguro

10.1. A aceitação do Contrato de Seguro somente será feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por Corretor de Seguros habilitado.

10.1.1. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

10.2. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a não aceitação da proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para Seguros novos, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. No caso do término do prazo de 15 (quinze) dias e não tenha ocorrido manifestação por parte da Seguradora, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

10.3. A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

10.4. No caso de não aceitação da proposta, a Seguradora deverá enviar, obrigatoriamente, uma comunicação formal ao Estipulante, justificando a recusa, devidamente fundamentada.

10.5. Em caso de recusa do risco e que tenha havido pagamento parcial ou total de Prêmio, a Seguradora deverá restituir o Estipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data de formalização da recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago integralmente, devidamente atualizado pela variação do índice conforme definido no item 15. Nesse caso, há cobertura do risco durante o período entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

10.6. Aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Estipulante a Apólice de Seguro, em até 15 (quinze) dias a partir da data de aceitação da proposta. Em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.

10.6.1. A seguradora obrigatoriamente enviará o Certificado Individual no início do Contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

11. Vigência do Seguro

11.1. As Apólices e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

11.2. 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.

11.3. 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 com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará do Contrato da Apólice.

11.4. 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 do Contrato da Apólice.

12. Renovação da Apólice

12.1. 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.

12.2. As Apólices poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período no final de sua vigência. As renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

12.3. A renovação automática não se aplica aos segurados ou à sociedade seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.

12.4. Este seguro poderá também ser renovado de forma facultativa (renovação não automática), obrigatoriamente, de forma expressa.

12.5. Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

12.6. 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.

12.7. 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 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

13. Capital Segurado

13.1. Entende-se como Capital Segurado o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Seguradora ao(s) seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

13.2. Para cada grupo pode haver uma ou mais classes de Capitais Segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores Objetivos, o que constará do Contrato da Apólice, tais como:

- a)** diferenciado por função;
- b)** múltiplo salarial;
- c)** capital uniforme.

13.3. Nos Seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado.

13.4. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional, estando vedada à utilização de qualquer outra unidade monetária.

13.5. No caso de Invalidez Parcial o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

13.6. O valor do Capital Segurado de cada componente, em cada Cobertura, representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora no caso de realização do evento coberto.

13.7. Nos Seguros de Pessoas, o Capital Segurado é livremente estipulado pelo Segurado Principal, observando-se o critério de capital e o limite acordados entre as partes e estabelecidos no Contrato da Apólice, podendo haver contratação de Seguro, sobre o mesmo interesse, com a mesma Seguradora, ou Seguradoras diversas.

13.8. O Capital Segurado, de acordo com o Plano de Seguro contratado, será pago sob a forma única, o que constará expressamente do Contrato.

13.9. No Seguro de Pessoas para o caso de morte, o capital eventualmente estipulado não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

13.10. O pagamento do Capital Segurado não pode ultrapassar o valor do interesse Segurado no momento do sinistro, e, em hipótese alguma, o limite máximo individual de Cobertura fixado no Certificado Individual, salvo em caso de mora da Seguradora.

13.11. Para a Cobertura de Desemprego Involuntário, o Capital Segurado será definido nas Condições Contratuais do Seguro.

13.12. Se após paga a 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.

14. Pagamento do Prêmio

14.1. Fica estabelecido que qualquer pagamento do Capital Segurado, por força do presente Contrato, somente passa a ser devido depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança.

14.2. O tipo de custeio de prêmio deste Seguro, item expressamente ratificado no Contrato da presente Apólice, classifica-se em:

- a)** contributário é o Seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;
- b)** não-contributário é o Seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante;
- c)** parcialmente contributário é o Seguro em que os Segurados e o Estipulante participam do custeio do Seguro, assumindo percentuais livremente pactuados entre as partes. Esta modalidade equivale ao Seguro contributário.

14.3. O prêmio poderá ser pago de forma, única, mensal, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.

14.4. O valor do Prêmio inicial do Seguro será estabelecido conforme o Capital Segurado Individual definido, o que constará da Proposta de Contratação e da Apólice do Seguro.

14.5. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente conforme disposto no item 15.

14.6. A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.

14.7. Se a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

14.8. O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o prêmio se refere.

14.9. Os valores devidos a título de devolução de prêmios pela Seguradora sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item 15, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

14.10. Não se aplica a devolução de prêmios em caso de morte do Segurado durante o prazo de carência, tendo em vista a forma de regime financeiro do presente Seguro, que é regido por repartição simples.

14.11. No caso de cancelamento do Seguro, os valores de que trata o item 14.9 serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

14.12. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

15. Atualização Monetária

15.1. Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, durante a Vigência do Seguro, na data de aniversário da Apólice, pelo IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas acumulado nos 12 meses que antecedem o mês do aniversário da Apólice, exceto para as apólices que possuam recálculo do Capital Segurado pela variação salarial.

15.2. Quando o pagamento do prêmio for único, os Capitais Segurados serão atualizados pelo IPC/ FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas, até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

15.3. No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

15.4. Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.

16. Prazo de Tolerância

16.1. Caso o Segurado ou Estipulante não efetue o pagamento dos prêmios à Seguradora, fica garantido o direito do Segurado ao seguro desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 60 (sessenta) dias.

16.2 Se o prêmio não for pago até a data limite expressa na Proposta de Contratação, o Segurado ou Estipulante poderá pagar o prêmio atualizado e corrigido com juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês desde a data limite até a data do efetivo

pagamento, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 60 (sessenta) dias.

16.3 O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas.

16.4 Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido.

16.5 Caso o Estipulante permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento) por período superior a 60 (sessenta) dias do prêmio não pago, a apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

17. Aplicabilidade de Mora

17.1. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento), quando prevista no contrato e de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado destas Condições Gerais, respeitada a regulamentação específica, particularmente no que se refere ao limite temporal para a liquidação e a faculdade de suspensão da respectiva contagem.

17.2. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nestas Condições Gerais, serão calculados com base na taxa de 1% (um por cento) ao mês.

17.3. 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.

18. . Perda do Direito

18.1. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

18.2. 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.

18.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Estipulante e do Segurado, a Seguradora poderá:

18.3.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a Cobertura contratada.

18.3.2. 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.

18.3.3. Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor

a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

18.4. O segurado perderá direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando deixar de comunicar imediatamente à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

18.5. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Cobertura contratada.

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

19. Cancelamento da Apólice

19.1. O não pagamento do Prêmio por parte do Estipulante nos prazos estipulados nas Condições Contratuais poderá acarretar o cancelamento automático da Apólice, se não houver regularização dos Prêmios antes de completar 60 (sessenta) dias da parcela vencida e não paga.

19.2. O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

19.3. 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.

19.4. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20. Cancelamento do Seguro

20.1. Ocorrerá o cancelamento do seguro individual, sem qualquer restituição de Prêmios:

20.1.1. com a morte do Segurado Principal;

20.1.2. com o recebimento do Capital Segurado relativo à garantia de Invalidez Funcional Permanente total por Doença (IFPD), se contratada esta garantia;

20.1.3. com o recebimento do Capital Segurado relativo à garantia de Doenças Graves, se contratada esta garantia;

20.1.4. por solicitação formal do Segurado Principal;

20.1.5. por falta de pagamento de Prêmios, respeitando o período de Tolerância;

20.1.6. automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante toda a vigência do contrato;

- 20.1.7. automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do Segurado, seus Beneficiários, seus dependentes ou prepostos;
- 20.1.8. automaticamente, com o cancelamento ou final de Vigência sem renovação da Apólice contratada entre Estipulante e a Seguradora;
- 20.1.9. automaticamente, com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado, respeitando o período do prêmio já pago. O Segurado poderá ser mantido no plano, desde que haja concordância expressa entre as partes (Estipulante e Seguradora), assumindo o Segurado, a partir dessa data, o custeio integral das respectivas coberturas ou tendo ajustado o valor do Capital Segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.

21. Reavaliação da taxa

- 21.1. As taxas serão reavaliadas anualmente e serão alteradas caso venham a se mostrar inadequadas.
- 21.2. Quaisquer alterações nas Taxas Anuais Puras, adotadas no plano, serão previamente submetidas à SUSEP.
- 21.3. Qualquer alteração nas Taxas de Seguro, por implicar em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, e será realizada por aditivo à Apólice, ratificada pelo correspondente Endosso.

22. Obrigações

22.1. 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) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
- c) repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- d) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- e) 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, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- f) 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, bem como 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 Coberturas do Seguro, se restar provado que silenciou de má-fé;

g) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

h) comunicar, de imediato, a SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;

i) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

j) informar quando houver interesse na alteração de Capital.

22.1.1. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

22.1.2. 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, 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 COBERTURA direta a estes produtos.

22.1.3. O não pagamento dos Prêmios à Seguradora, acarretará o cancelamento do Seguro, se o prazo for superior a 60 (sessenta) dias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

22.2. O Estipulante comunicará à Seguradora todas as inclusões e exclusões de Segurados, as quais serão devidamente registradas pela Seguradora, bem como informará previamente todas as modificações na situação do Segurado que impliquem a alteração de seus capitais, Coberturas e Prêmios.

22.2.1. Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste Contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

22.3. Nos seguros contributários ou parcialmente contributários, caso o Estipulante não efetue o repasse dos prêmios à Seguradora, fica garantido o direito do Segurado ao seguro desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 60 (sessenta) dias.

22.4. Obrigações da Seguradora

a) incluir no Contrato de Seguro todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da SUSEP;

b) informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que lhe for solicitada;

c) prestar ao Estipulante todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de Seguro.

23. Regulação do Sinistro

23.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), conforme o caso, deverá(ão) apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, definidos para cada Cobertura nas Condições Especiais do Seguro.

23.2. As Indenizações, de acordo com o Plano de Seguro contratado, será paga sob a forma de pagamento único.

23.3. Os pagamentos relativos às Coberturas deste Seguro têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos e desde que o evento tenha cobertura securitária.

23.4. Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no subitem anterior, implicará sobre o valor do Capital Segurado:

23.4.1. Juros moratórios de 1% (um por cento) para cada mês de atraso.

23.4.2. Atualização Monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice determinado no item 15, 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.

23.5. Faculta-se à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos e/ou informação. Neste caso o prazo de que trata o subitem **23.4** será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

23.6. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade, 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, que será 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.

23.6.1. 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.

É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

23.7 Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

23.8. No Seguro de Pessoas para o caso de morte, o Capital Segurado Individual não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

23.9 Documentos que qualificam e habilitam o Beneficiário:

a) Quando há designação de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- ✓ Certidão de Casamento ou Nascimento do Beneficiário (cópia autenticada);
- ✓ RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF dos Beneficiários do Seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
- ✓ Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original); o Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);
- ✓ Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do tutor;
- ✓ Termo de Curatela, somente para a Cobertura de Invalidez e no caso do Segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;

- ✓ Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ).

b) Quando não há designação nominal de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- ✓ Certidão de Casamento ou Nascimento do Beneficiário (cópia autenticada);
- ✓ RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF dos beneficiários do seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
- ✓ Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);
- ✓ Escritura Pública de declaração de únicos herdeiros legais ou Certidão de Rol de Herdeiros Legais extraída dos autos do processo de inventário do segurado, quando não houver designação de Beneficiários estipulada em contrato;
- ✓ Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada); o Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do tutor;
- ✓ Termo de Curatela, somente para as Coberturas de Invalidez e no caso do segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;
- ✓ Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ);
- ✓ Cópia do comprovante bancário de cada beneficiário com os dados completos da conta corrente para crédito em nome do favorecido ou menor representado.

24. Beneficiários

24.1. O(s) Beneficiário(s) do Seguro será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado.

24.2. Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge/companheiro(a) não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado

24.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do(s) Segurado(s) dependente(s), os Capitais Segurados referentes às Coberturas dos Segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, conforme legislação vigente à época do sinistro.

25. Regime Financeiro

25.1. Considerando-se que o plano de Seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição simples, não haverá concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer Prêmios pagos.

26. Excedente Técnico

- 26.1.** O percentual (ou percentuais) de reversão de excedente técnico deverá constar na proposta de contratação, de adesão, e no contrato.
- 26.2.** Poderá ser adotada cláusula de excedente técnico estabelecendo as condições de distribuição, ao estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da apólice coletiva.
- 26.3.** Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos:
- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos; e
 - b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- 26.4. São despesas mínimas:**
- a) Comissões de corretagem pagas durante o período;
 - b) Comissões de administração pagas durante o período;
 - c) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
 - d) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
 - e) Despesas efetivas de administração, acordadas com o estipulante.
- 26.5. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:**
- a) O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
 - b) O aviso à seguradora, para os sinistros;
 - c) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
 - d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração; e
 - e) A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato, observando o item 26.6.
- 26.6.** A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- 26.7.** Nos seguros parcial ou totalmente contributivo, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado.
- 26.8.** Para os casos previstos em 26.6 acima, deverá ser incluído no certificado individual informação de que o segurado tem direito ao excedente técnico.

27. Material de Divulgação

- 27.1.** 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, as Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

28. Sub-Rogação

28.1. Nos Seguros de Pessoas a Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.

29. Ratificação

29.1. Ratificando o disposto no item 3 destas Condições Gerais, considerar-se-ão cobertos os riscos devidamente relacionados, em item específico, no Contrato da Apólice, que fazem parte integrante e inseparável da Apólice.

30. Foro

30.1. 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 o caso.

30.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 30.1.

31. Disposições Gerais

31.1. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

31.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

31.3. Fica entendido e acordado que no presente Seguro, os tributos serão pagos por quem a lei vigente determinar.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA

1. Objetivo

1.1. Garantir o pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de morte do Segurado por qualquer causa, naturais ou acidentais, durante a Vigência deste Seguro.

2. Capital Segurado

2.1 O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

2.2 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

3. Riscos Excluídos

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta Cobertura estão mencionados no subitem 5.1 das Condições Gerais.

4. Beneficiários

4.1. Os beneficiários estão discriminados no item 24. Beneficiários das Condições Gerais.

5. Ocorrência de Sinistro

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha

conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- b) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- c) Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- d) RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- e) Cópia do Registro de Emprego (cópia autenticada), se for o caso;
- f) Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);

6. Acumulação de Indenizações

6.1. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deverá ser deduzida do valor do Capital Segurado Individual por Morte.

7. Ratificação

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA COM INCLUSÃO DE EPIDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE

1. Objetivo

1.1. Garantir o pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de morte do Segurado por qualquer causa, naturais ou acidentais, durante a Vigência deste Seguro.

1.2. Não obstante o descrito na alínea h) do item 5. das Condições Gerais, esta cobertura garante também a morte do Segurado devido a epidemias declaradas por órgão competente (inclusive a COVID – 19).

2. Capital Segurado

2.1 O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

2.2 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

3. Riscos Excluídos

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta Cobertura estão mencionados no subitem 5.1 das Condições Gerais. Exceto a morte do segurado devido a epidemias declaradas por órgão competente que está garantida por esta cobertura.

4. Beneficiários

4.1. Os beneficiários estão discriminados no item 24. Beneficiários das Condições Gerais.

5. Ocorrência de Sinistro

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a)** Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- b)** Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- c)** Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- d)** RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- e)** Cópia do Registro de Emprego (cópia autenticada), se for o caso;
- f)** Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);

6. Acumulação de Indenizações

6.1. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deverá ser deduzida do valor do Capital Segurado Individual por Morte.

7. Ratificação

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL

1. Objetivo

1.1. Garantir o pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de morte do Segurado em consequência de acidente coberto, conforme definido no item 1 das Condições Gerais.

2. Capital Segurado

2.1. O Capital Segurado será equivalente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para Cobertura Básica de Morte por Qualquer Causa.

2.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3. Riscos Cobertos

3.1 Além dos riscos mencionados no item 1, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a)** suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

- b)** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c)** os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d)** os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e)** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f)** ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g)** choque elétrico e raio;
- h)** contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i)** tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j)** infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k)** queda n'água ou afogamento.

4. Riscos Excluídos

4.1. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;**
- b) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;**
- c) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.**

5. Beneficiários

5.1. Os beneficiários estão discriminados no item 24. Beneficiários das Condições Gerais.

6. Ocorrência do Acidente

6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado ou seu representante legal da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a.** Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- b.** Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);
- c.** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH;
- d.** CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente na empresa);
- e.** Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do IML (quando houver).

7. Comprovação do Acidente

7.1. O Beneficiário, para recebimento do Capital Segurado Individual, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

7.3. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

7.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

8. Acumulação de Indenizações

8.1. As indenizações por Morte por Acidente e por Invalidez Permanente Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga a indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deverá ser deduzida do valor do Capital Segurado Individual por Morte.

9. Ratificação

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. Objetivo

1.1. Garantir uma indenização ao Segurado Principal, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

2. Capital Segurado

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte.

2.2 O percentual será definido, pelo Estipulante nas Condições Contratuais.

2.3 O Capital Segurado relativo à Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será automaticamente reintegrado após cada acidente.

2.3.1 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.

2.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3. Riscos Cobertos

3.1. Além dos riscos mencionados no item 1, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a)** suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b)** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c)** os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d)** os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e)** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f)** ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g)** choque elétrico e raio;
- h)** contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i)** tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j)** infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k)** queda n'água ou afogamento.

4. Riscos Excluídos:

4.1. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a)** acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- b)** acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.
- c)** intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.

5. Beneficiários

5.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Segurado Principal.

6. Tabela para Cálculo da Indenização:

6.1. No caso da ocorrência do evento coberto, 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 Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Invalidez Permanente Total

DISCRIMINAÇÃO	% sobre o Capital Segurado
Perda total de visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100

Invalidez Parcial – Diversas

DISCRIMINAÇÃO	% sobre o 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 do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

Parcial – Membros Superiores

DISCRIMINAÇÃO	% sobre o Capital Segurado
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

Parcial – Membros Inferiores

DISCRIMINAÇÃO	% sobre o 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 tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do receptivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

6.1.1 No caso em que as funções do membro ou órgão lesado não fiquem completamente abolidas, 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 deste 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 em que a invalidez não foi especificada no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a redução permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

6.2 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) do valor contratado como Capital Segurado individual.

6.3 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.

6.4 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.

7. Acumulação de Indenização

7.1. As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Morte por Acidente e Morte não se acumulam. Se depois de paga a indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte, se contratada estas Coberturas.

8. Ocorrência do Acidente

8.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

8.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- ✓ Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras,;
- ✓ Relatórios médicos; o Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- ✓ Cópia do Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS, se for o caso;
- ✓ Cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado;

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

8.4 O Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com legislação aplicável à herança.

9. Comprovação do Acidente

9.1. O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do acidente por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.2. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.

9.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.4. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

9.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado Individual.

10. Junta Médica

10.1. No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão de lesão 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.

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

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

11. Ratificação

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. Objetivo

1.1. Garantir uma indenização ao Segurado Principal, relativa à perda, à impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

2. Capital Segurado

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte.

2.2. O percentual será definido, pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

2.3. O Capital Segurado relativo à Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente será automaticamente reintegrado após cada acidente.

2.3.1 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.

2.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3. Riscos Cobertos

3.1. Além dos riscos mencionados no item 1, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

- b)** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c)** os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d)** os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e)** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f)** ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g)** choque elétrico e raio;
- h)** contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i)** tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j)** infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k)** queda n'água ou afogamento.

4. Riscos Excluídos

4.1. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;**
- b) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.**
- c) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.**

5. Beneficiários

5.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Segurado Principal.

6. Tabela para Cálculo da Indenização:

6.1. No caso da ocorrência do evento coberto, 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 Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

Total:

DISCRIMINAÇÃO	% sobre o Capital Segurado
Perda total de visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Perda total de ambos os rins	100

6.2. Também será considerada invalidez permanente total por acidente, caso de um mesmo acidente resulte a perda demais de um membro ou órgão avaliados de acordo com os percentuais descritos na tabela abaixo e desde que a soma dos percentuais seja igual ou superior a 100% (cem por cento), devendo-se observar, que neste caso, será pago 100% (cem por cento) do capital segurado.

Parcial Diversas

DISCRIMINAÇÃO	% sobre o 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 do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Perda total de um rim	15
Amputação total do nariz	25
Amputação total de uma orelha	8
Amputação total de ambas as orelhas	12
Perda do baço	15
Perda de um ovário	6
Perda de dois ovários	20
Perda de um testículo	6
Perda de dois testículos	12
Amputação traumática do pênis	40
Mastectomia total de um seio	10
Mastectomia total de dois seios	20

Parcial Membros Superiores

DISCRIMINAÇÃO	% sobre o 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 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: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

Parcial Membros Inferiores

DISCRIMINAÇÃO	% sobre o 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 tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º. (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º. (primeiro) dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	9
Encurtamento de um dos membros inferiores	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

6.3. Nos casos não especificados na Tabela, o percentual para contagem será estabelecido tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado.

6.4. 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.

6.5. A perda dos dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

7. Acumulação de Indenização

7.1. As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente, Morte por Acidente e Morte não se acumulam. Se depois de paga a 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 Total por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte, se contratada estas Coberturas.

8. Ocorrência do Acidente

8.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

8.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- ✓ Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- ✓ Relatórios médicos; o Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- ✓ Cópia do Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS, se for o caso;
- ✓ Cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado;

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

8.4 O Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com legislação aplicável à herança.

9. Comprovação do Acidente

9.1. O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do acidente por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.2 A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.

9.3 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.4 A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

9.5 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado Individual.

10. Junta Médica

10.1. No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão de lesão 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.

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

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

11. Ratificação

11.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. Objetivo

1.1. Garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização, de uma só vez, em caso de invalidez funcional permanente total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente.

1.2. A perda da existência independente é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nesta Condição Especial.

2. Glossário

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

2.2. Aparelho Locomotor – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.3. Atividade Laborativa – Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.4. Cardiopatia Grave – Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

2.5. Cognição – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.6. Conectividade com a Vida – Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

- 2.7. Consumo** – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.8. Dados Antropométricos** – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 2.9. Deambular** – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.10. Deficiência Visual** – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.11. Disfunção Imunológica** – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.12. Doença Crônica** - Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.13. Doença Crônica em Atividade** – Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.14. Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.15. 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).
- 2.16. Doença em Estágio Terminal** - Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.17. Doença Neoplásica Maligna Ativa** - Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.18. Doença Profissional** – Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 2.19. Estados Conexos** – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.20. Etiologia** - Causa de cada doença.
- 2.21. Fatores de Risco e Morbidade** – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.22. Hígido – Saudável.

2.23. Prognóstico – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.24. Quadro Clínico – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.25. Recidiva – Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.26. Refratariedade Terapêutica – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.27. Relações Existenciais – Aquelas que capacitam à autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.28. Sentido de Orientação – Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

2.29. Sequela – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.30. Transferência Corporal – Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. Capital Segurado

3.1. O Capital Segurado estará limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte.

3.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data indicada na declaração médica;

4. Riscos Cobertos

4.1. Está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de:

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

b) Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) Deficiência visual, decorrente de doença:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados: Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4.2. Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.3. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade.

a) 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.

b) Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

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

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

4.4. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de IFPD, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL POR DOENÇA (IAIF)
Tabelas de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos.

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COTIDIANO	1º GRAU: <ul style="list-style-type: none"> ✓ O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; ✓ Perambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; ✓ Está capacitado a dirigir Veículos Automotores; ✓ Mantém suas atividades da Vida Civil, preservando, o pensamento, a memória e o juízo de valor. 	00
	2º GRAU: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Segurado apresenta desorientação; ✓ Necessita de Auxílio à locomoção e ou para sair a rua; ✓ Comunica-se com dificuldade; ✓ Realiza parcialmente as atividades de cotidiano; ✓ Possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual ou de cognição; 	10
	3º GRAU: <ul style="list-style-type: none"> ✓ O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; ✓ Não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas e impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental; 	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: <ul style="list-style-type: none"> ✓ O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; ✓ aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais; 	00
	2º GRAU: <ul style="list-style-type: none"> ✓ O segurado apresenta disfunção (ões) e ou insuficiências(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição. 	10
	3º GRAU: <ul style="list-style-type: none"> ✓ o segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e <p style="padding-left: 20px;">ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido(controlado) que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que</p> <p style="padding-left: 20px;">acarrete restrição ampla e esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com a interação de auxílio humano ou técnico.</p>	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: <ul style="list-style-type: none"> ✓ O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-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. 	00
	2° GRAU: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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
	3° GRAU: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. 	

Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade

Dados Antropométricos, Riscos Interagentes e Agravos Mórbidos	Pontuação
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

5. Riscos Excluídos

5.1. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;
- b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- c) para as apólices destinadas a trabalhadores sujeitos a maior incidência de doenças ocupacionais/profissionais, claramente identificadas, os quadros clínicos decorrentes de

doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

6. Beneficiários

6.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Segurado Principal.

7. Ocorrência de Sinistros

7.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

7.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a)** Formulário de "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- b)** Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.
- c)** RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- d)** 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;
- e)** Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

8. Comprovante do Sinistro

8.1. O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

8.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez ou incapacidade que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

8.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

8.4. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.

8.5. 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.

8.6. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

8.7. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

8.8. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, o Seguro Individual.

9. Beneficiário

9.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

10. Ratificação

10.1. Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES

1. Objetivo

1.1. Garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização, em caso de diagnóstico definitivo de doença grave durante a vigência do Seguro, conforme estabelecido no item 3 desta Condição Especial.

2. Capital Segurado

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte.

2.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data indicada na declaração médica.

3. Risco Coberto

3.1. Para fins desta Cobertura são consideradas Doenças Graves as seguintes patologias:

a) Acidente Vascular Cerebral (AVC): diagnóstico de acidente vascular cerebral, isquêmico ou hemorrágico com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, desde que cause sequela neurológica definitiva ou morte comprovada do tecido cerebral;

- b) Cirurgia Coronariana:** diagnóstico de insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), que resulte da necessidade de realização de cirurgia de forma a restabelecer o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco;
- c) Insuficiência Renal Crônica:** diagnóstico de falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, e estar realizando diálise peritoneal e/ou hemodiálise permanente ou transplante;
- d) Neoplasia (Câncer):** diagnóstico de tumor maligno, caracterizado pelo crescimento anormal de células, com indicação de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia;
- e) Transplante de Órgãos Vitais:** transplante de coração, fígado, medula óssea, pâncreas ou pulmão, desde que o transplante seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado.

4. Riscos Excluídos

4.1. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) no caso de Acidente Vascular Cerebral:

- ✓ ataques isquêmicos transitórios;
- ✓ qualquer alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral;
- ✓ lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma.

b) no caso de Cirurgia Coronariana:

- ✓ angioplastia;
- ✓ qualquer outro tipo de cirurgia cardíaca que não vise à correção de insuficiência coronariana.

c) no caso de Insuficiência Renal Crônica:

- ✓ insuficiência renal aguda e/ou crônica que não necessite de diálise peritoneal ou hemodiálise.

d) no caso de Neoplasia:

- ✓ melanoma não invasivo ou classificado in situ, incluindo displasia cervical e outras lesões pré-neoplásicas;
- ✓ câncer de pele se não for melanoma maligno;
- ✓ carcinoma basocelular e espinocelular;
- ✓ Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados a AIDS;
- ✓ hiperplasia benigna da próstata;
- ✓ qualquer tipo de leucemia.

e) no caso de Transplante de Órgãos Vitais:

- ✓ transplante de tecidos;
- ✓ qualquer autotransplante;
- ✓ demais órgãos ou células, exceto os transplantes cobertos previstos no item 3 da Condição Especial desta Cobertura.

5. Diagnóstico da Doença

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:
- b) Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- c) RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- d) Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- e) Laudo médico com o diagnóstico da doença grave coberta:
 - ✓ **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o Acidente Vascular Cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente, bem como a comprovação com exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética;
 - ✓ **Cirurgia Coronariana:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica, diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com tórax aberto ou a angioplastia através de cateterismo cardíaco comprovado por exames apropriados;
 - ✓ **Insuficiência Renal Crônica:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em nefrologia, diagnosticando a falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, acompanhado de exames complementares apropriados;
 - ✓ **Neoplasia:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em oncologia, diagnosticando o tumor maligno, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia de exames citológicos e histológicos apropriados;
 - ✓ **Transplante de Órgãos Vitais:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando o transplante como único recurso para recuperação do órgão afetado, acompanhado de exames complementares apropriados.

6. Comprovação da Doença

6.1. O Segurado, para recebimento do Capital Segurado, deverá provar por meio de uma declaração médica o diagnóstico da doença coberta, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

6.2. As despesas efetuadas com a legitimação da Doença Grave, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora.

6.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

6.4. Desde que efetivamente comprovada a Doença Grave, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, o Seguro Individual.

7. Beneficiário

7.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

8. Ratificação

8.1. Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. Objetivo

1.1. Permitir a inclusão na Apólice dos cônjuges de todos os Segurados Principais, observadas as Condições Contratuais.

2. Riscos Cobertos

2.1. Os cônjuges poderão ser garantidos pela Cobertura Básica de Morte por Qualquer Causa, e pelas Coberturas adicionais de Morte por Acidente e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

2.2. Os Capitais Segurados, das Coberturas em que os cônjuges serão incluídos, serão limitados a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual. Os percentuais serão definidos nas Condições Contratuais.

3. Ocorrência do Sinistro

3.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

3.2. A documentação respeitará aquela mencionada na Cobertura Básica.

4. Forma de Inclusão

4.1. Automática: ficam incluídos na Apólice os cônjuges de todos os Segurados Principais, exceto aqueles que já fizeram parte do Grupo Segurado. Neste caso, os prêmios correspondentes aos cônjuges serão pagos por todos os componentes do Grupo Segurado.

5. Beneficiário

5.1. O Beneficiário do Seguro do cônjuge no caso de sua morte será sempre o Segurado Principal e no caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será o próprio cônjuge.

5.2. Na hipótese de morte simultânea do Segurado principal e do seu cônjuge ou companheiro(a), os Capitais Segurados referentes às Coberturas contratadas, principal e

dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

6. Cancelamento do Seguro do Cônjuge

6.1. O Seguro do cônjuge será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da Apólice e desta cláusula:

- a) nos casos de exclusão do Segurado Principal da Apólice, inclusive por morte;**
- b) no caso de separação judicial ou divórcio;**
- c) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o).**

7. Ratificação

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

1. Objetivo

1.1. Permitir a inclusão na Apólice de todos os filhos e enteados menores de 21 anos, naturais ou adotados, dependentes do Segurado Principal e/ou do Segurado Dependente pela Condição Especial de Inclusão de Cônjuge. A Cobertura poderá ser estendida ao filho até 24 anos se este for solteiro, dependente dos pais e estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

1.2. Ficam também incluídos nesta cláusula:

- a) filho natimorto;**
- b) filho inválido, de qualquer idade, considerado dependente do Segurado Principal pela legislação do Imposto de Renda e da Previdência Social.**

1.3. Para efeito do presente artigo equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.

1.4 Nas hipóteses do subitem 1.3 é garantido apenas o reembolso das despesas ocorridas com o funeral, respeitando-se o limite de capital fixado nesta Cobertura.

2. Riscos Cobertos

2.1. Os filhos poderão ser cobertos na Cobertura Básica de Morte por Qualquer Causa ou pelas Coberturas Adicionais de Reembolso de Despesas com Funeral e de Assistência Funeral. O Capital destinado a esta Cobertura será realizado sob a forma única, até o limite máximo de Cobertura da Apólice, o que estará ratificado no respectivo Contrato.

2.2 Para os menores de 14 anos o Seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2.3 O limite máximo de Cobertura da Apólice para esta Cobertura será definido em aditivo à Apólice e não poderá exceder o Capital Segurado para o Segurado Principal.

3. Ocorrência do Sinistro

3.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha

conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

3.2. A documentação respeitará aquela mencionada na Cobertura Básica.

4. Forma de Inclusão

4.1. Automática: quando abranger os filhos de todos os Segurados Principais e/ou dos Cônjuges Segurados.

4.2. Quando ambos os cônjuges forem Segurados principais do mesmo grupo Segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito da cláusula.

4.3. O Capital Segurado dos filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado principal, observando-se que o critério para fixação do capital para esta Cobertura, que será estabelecido no Contrato da Apólice.

5. Cancelamento do Seguro

5.1. O Seguro do filho será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da Apólice:

a) quando for cancelada a Condição Especial de Inclusão de Filhos;

b) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por quaisquer das Coberturas contratadas;

c) no caso de cessação da condição de dependente, como previsto no Regulamento do Imposto de Renda;

d) quando o filho atingir 21 anos de idade ou 24 anos se este estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério da Educação; ou

e) a pedido do Segurado Principal.

6. Beneficiário

6.1. O Beneficiário desta Cobertura no caso morte será de acordo com o item 24. Beneficiários das Condições Gerais.

6.2. O beneficiário desta Cobertura para as despesas com o funeral, será a pessoa que comprovar por meio de notas fiscais que efetuou todos os pagamentos referentes ao funeral do segurado.

7. Ratificação

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS

1. Objetivo

1.1. Garantir o pagamento de uma indenização ao segurado no caso de nascimento de filho(s) legítimo(s) com doença congênita conforme definida no item 2.

2. Cobertura

2.1 Para fins desta cobertura entendem-se como doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, até o sexto mês do nascimento. Em caso de nascimento

de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para todos os filhos, o Capital Segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

2.2. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

3. Capital segurado

3.1. O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

3.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data indicada na declaração médica.

4. Riscos Excluídos

4.1. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) Doenças diagnosticadas após o sexto mês do nascimento;
- b) Doenças de filhos nascidos antes do cumprimento do prazo de carência;
- c) Doenças que não obedeçam à descrição estabelecida no item 2, desta Condição Especial.

5. Beneficiários

5.1. O beneficiário desta garantia será o segurado principal.

6. Diagnósticos da Doença

6.1. Diagnosticada uma doença que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora a Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- b) RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- c) Certidão de Nascimento e CPF do(s) filho(s) com a doença (cópia autenticada);
- d) Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- e) Laudo médico com o diagnóstico da doença congênita coberta;
- f) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios da doença), incluindo laudos e resultados de exames e que confirmem a doença congênita conforme descrita no item 2.1.

7. Comprovação da Doença

7.1. O Beneficiário, para recebimento do Capital Segurado, deverá provar satisfatoriamente o diagnóstico da doença congênita, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.2. As despesas efetuadas com a comprovação da Doença Congênita e documentos necessários correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

7.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o aviso de sinistro, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

7.4. Desde que efetivamente comprovada a Doença Congênita, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura.

8. Beneficiário

8.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o item 24 das Condições Gerais.

9. Ratificação

9.1. Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL MORTE POR QUALQUER CAUSA

1. Objetivo

1.1. Indenizar o(s) Beneficiário(s), a título de custeio das despesas com o funeral do Segurado, com o Capital Segurado contratado, observados os termos das Condições Contratuais e desde que tenha havido a contratação da Cobertura Básica de Morte.

2. Capital Segurado

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte.

2.2. O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

2.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

3. Riscos Excluídos

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta Cobertura estão mencionados no subitem 5.1 das Condições Gerais.

4. Beneficiários

4.1. O beneficiário desta Cobertura, será a pessoa que comprovar por meio de notas fiscais que efetuou todos os pagamentos referentes ao funeral do segurado.

5. Ocorrência de Sinistros

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a)** Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- b)** Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- c)** Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);

- d) RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- e) Cópia do Registro de Empregado (cópia autenticada), se for o caso.

6. Disposição Geral

6.1. O pagamento desta Cobertura não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais Coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

7. Ratificação

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO MORTE QUALQUER CAUSA

1. Objetivo

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta Cobertura a título de auxílio alimentação, observados os termos das Condições Contratuais e desde que tenha havido a contratação da Cobertura Básica de Morte.

2. Capital Segurado

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte.

2.2. O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

2.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

3. Riscos Excluídos

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta Cobertura estão mencionados no subitem 5.1 das Condições Gerais.

4. Beneficiários

4.1. Quando o segurado for solteiro, será beneficiária a mãe e na sua falta o pai;

4.2 Quando o segurado for casado, será beneficiário o cônjuge ou companheiro(a) reconhecido(a);

4.3 Na falta destes serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.4 Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. O segurador, que não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

5. Ocorrência de Sinistro

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- b) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- c) Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- d) RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- e) Cópia do Registro de Empregado (cópia autenticada), se for o caso.

6. Ratificação

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. Objetivo

1.1. Garantir uma indenização ao beneficiário em caso de desemprego do segurado por rescisão injustificada do contrato de trabalho de forma unilateral, por parte do empregador e não motivada por justa causa, por prazo superior ao descrito nas Condições Contratuais do Seguro.

2. Cobertura do Seguro

2.1. Para ter direito a contratação desta Cobertura é necessário o vínculo empregatício de, no mínimo, 12 (doze) meses contínuos sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas e de carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais com o mesmo empregador, comprovando ainda o devido registro em carteira de trabalho.

2.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do desemprego.

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) Aposentadorias;
- b) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- c) Renúncia ou perda voluntária do vínculo empregatício;
- d) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- e) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;
- f) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;

g) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês.

3.2 Fica estabelecido que os profissionais liberais não poderão contratar esta Cobertura Adicional de Desemprego Involuntário.

4. Beneficiários

4.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Segurado Principal.

5. Ocorrência do Sinistro

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a)** Formulário do “Aviso de Sinistro”, totalmente preenchido, sem rasuras;
- b)** RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- c)** Cópia do Termo de Rescisão Contratual devidamente homologada pelo TRT ou pelo sindicato e/ou Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- d)** Cópia da CTPS (página do contrato de trabalho onde consta o registro da saída do empregado);
- e)** Cópia autenticada da Via Marrom do requerimento de Seguro Desemprego protocolado pelo Ministério do Trabalho ou Caixa Econômica Federal;
- f)** Cópia do comprovante de recebimento das parcelas do Seguro Desemprego;
- g)** Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

6. Comprovação do Desemprego

6.1 É necessário ainda, para se ter direito a esta Cobertura, a ocorrência de:

- a)** demissão involuntária;
- b)** o preenchimento da Carteira de Trabalho;
- c)** o requerimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço com baixa no Contrato de Trabalho.

6.2 A prova do desemprego é a cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo com CNPJ da empresa empregadora com assinatura e data), autenticada em cartório devidamente datada. O pagamento da indenização será realizado de forma única.

7. Ratificação

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS

1. Objetivo

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de verba rescisória, observados os termos das Condições Contratuais e desde que tenha havido a contratação da Cobertura Básica de Morte.

2. Capital Segurado

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte.

2.2. O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

2.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

3. Riscos Excluídos

3.1. Estão excluídos da cobertura de Verbas Rescisórias, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta e/ou relacionados a:

a) Quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como, mas não se limitando a empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias, academias, entre outros), associações com grêmios e similares, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. O Beneficiário desta cobertura será unicamente o Estipulante.

5. Ocorrência de Sinistros

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a)** Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- b)** Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- c)** Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- d)** RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- e)** Cópia do Registro de Empregado (cópia autenticada), se for o caso.

5. Ratificação

5.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE

1. Objetivo

1.1. Garantir o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente ao Segurado Principal, efetuadas para o tratamento do mesmo, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

2. Capital Segurado

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte.

2.2. Caso o Segurado possua mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora, nesta Apólice, será igual ao Capital Segurado obtido pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta Cobertura em cada uma das Apólices.

2.3 O Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada acidente, observando-se que a soma dos reembolsos em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes eventos, não poderá exceder ao Capital Segurado Individual contratado na Cobertura Básica de Morte.

2.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3. Riscos Cobertos

3.1. Despesas médicas, hospitalares e odontológicas para eventos diretamente ligados a causas acidentais do Segurados.

4. Riscos Excluídos

4.1. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- 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)** despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado;
- d)** enfermagem de caráter particular;
- e)** 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;
- f)** 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;
- g)** estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
- h)** tratamentos relacionados a doenças;
- i)** hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- j)** tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- k)** procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

- l)** infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- m)** lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- n)** luxações recidivantes de qualquer articulação;
- o)** instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- p)** doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, e protusões discais degenerativas;
- q)** ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- r)** doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.
- s)** intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.

5. Beneficiários

5.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Segurado Principal.

6. Da Realização dos Serviços

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

7. Da Comprovação das Despesas

7.1. As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, com a apresentação dos seguintes documentos:

- a)** Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- b)** Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- c)** Notas Fiscais originais; o Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
- d)** Receita Médica; o Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada).

6.2 O Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com legislação aplicável à herança.

8. Concorrência de Apólices

8.1. Caso o Segurado possua mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora, nesta Apólice, será igual á importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuado, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta Cobertura em cada uma delas.

9. Ratificação

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. Objetivo

1.1. Garantir uma indenização ao Segurado, referente ao pagamento de diárias por incapacidade temporária, por motivo oriundo de acidente pessoal, caso o segurado fique totalmente impossibilitado de forma contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

2. Capital Segurado

2.1. É o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido nas Condições Contratuais.

2.2. A Indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período de efetivo afastamento limitado ao período indenitário contratado.

2.3. O valor do Capital Segurado contratado para a Cobertura da Diária de Incapacidade será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

2.4. Será iniciado o pagamento das diárias por Incapacidade Física e Temporária por Acidente no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo da entrega da documentação respectiva a Seguradora.

2.5. Nos casos em que o período da Incapacidade Física e Temporária por Acidente não superar 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará um único pagamento no valor total das diárias correspondentes.

2.6. Para períodos de Incapacidade superiores a 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará o pagamento em parcelas quinzenais ao segurado. Para o recebimento das parcelas o Segurado deverá enviar a seguradora Declaração Médica atualizada comprovando a incapacidade temporária referente ao período de pagamento da referida parcela.

2.7. Independente da quantidade de eventos caracterizados e cobertos pelas condições da apólice, o montante de diárias indenizáveis a cada segurado, considerando cada período anual de vigência da apólice, não poderá exceder o número de diárias contratadas especificamente para este mesmo período, mesmo que perdure a Incapacidade Física e Temporária por Acidente do Segurado.

2.8. Todas as despesas efetuadas para a comprovação correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

2.9. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3. Riscos Excluídos

3.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cláusula Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária:

a) Lesões decorrentes do desempenho no serviço policial (militar ou civil) ou nas forças armadas, e ainda, de atos reconhecidamente perigosos, inclusive prática de esportes;

b) Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;

c) Acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a

incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;

d) hospitalização para “check-up”;

e) Gravidez e suas consequências;

f) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

g) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;

h) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;

i) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:

- ✓ tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;
- ✓ epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
- ✓ procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- ✓ doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;

j) Síndrome do pânico;

k) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;

l) Qualquer sinistro que impossibilite o segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;

m) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

n) As instabilidades crônicas (agonizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;

o) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;

p) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

q) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

r) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

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

t) 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
- ✓ Similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

u) Envenenamento de caráter coletivo.

3.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cláusula Especial, qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4. Beneficiários

4.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Segurado principal.

5. Limite das Diárias

5.1. O limite de diárias constará das Condições Contratuais, podendo ser de até, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias por vigência do Contrato e por evento, não sendo cumulativas as diárias não utilizadas pelo Segurado no evento anterior. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

6. Ocorrência do Sinistro

6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a)** Formulário de Aviso de Sinistro para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento – DIT (formulário fornecido pela Aruana);
- b)** RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- c)** Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de incapacidade;
- d)** Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou Certidão de Ocorrência Policial, cópia;
- e)** Radiografias se houver; o CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- f)** Fotocópia do comprovante de residência do segurado;
- g)** Fotocópia do comprovante bancário do segurado.
- h)** Exames e laudos médicos (cópia autenticada);
- i)** Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

7. Comprovação do Sinistro

7.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária por Incapacidades Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

7.2. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

8. Ratificação

8.1. Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. Objetivo

1.1. Garantir uma indenização ao Segurado, referente ao pagamento de diárias, por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, caso ocorra internação decorrente de Doença ou Acidente Pessoal, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite

máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

2. Capital Segurado

- 2.1** É o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido nas Condições Contratuais.
- 2.2.** A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período da efetiva hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar.
- 2.3.** O valor do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Diária por Internação Hospitalar será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.
- 2.4.** O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.
- 2.5.** Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas.
- 2.6.** O benefício máximo pagável sob este seguro é de 30 (trinta) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 2.7.** Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pagado benefício concedido por este Seguro.
- 2.8.** Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.
- 2.9.** Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente ou data indicada na declaração médica, conforme o caso.

3. Diária Pecuniária

- 3.1.** O valor em moeda corrente nacional de cada Diária Pecuniária será definida em aditivo a apólice, especifica a este fim.
- 3.2.** Nos casos em que, durante a internação hospitalar, o segurado utilizar a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a(s) Diária(s) Pecuniária(s) referente(s) ao período de permanência nessa unidade será (ão) paga(s) em dobro em relação ao valor fixado no aditivo a apólice.
- 3.3.** Será iniciado o pagamento das diárias de renda pecuniária no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo da entrega da documentação respectiva a Seguradora.
- 3.4.** Do montante de diárias de Internação Hospitalar comprovado pelo segurado, serão deduzidas as diárias correspondentes a franquia expressa em aditivo a apólice.
- 3.5.** Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará um único pagamento no valor total das diárias correspondentes até a alta médica, a contar do 1º (primeiro) dia de internação após o cumprimento da franquia.
- 3.6.** Para períodos de internação superiores a 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará pagamentos quinzenais ao segurado, sendo o primeiro pagamento relativo aos 30 (trinta) primeiros dias de internação, descontando – se a franquia, e os demais pagamentos referentes a cada quinzena de internação ou iguais a quantidade de diárias devidas até a alta médica, caso não se complete a quinzena.
- 3.7.** Independente da quantidade de eventos caracterizados e cobertos pelas condições da apólice, o montante de diárias indenizáveis a cada segurado, considerando cada período anual de vigência da apólice, não poderá exceder o número de diárias contratadas especificamente para este mesmo período, mesmo que perdure a internação do Segurado.

3.9. Devem ser pagas pela seguradora as diárias pecuniárias até que ocorra a alta médica do Segurado ou se esgote a quantidade máxima de diárias contratadas para o período de vigência anual da apólice, não sendo cumulativas para um período diárias não utilizadas em períodos anteriores, salienta – se que a alta médica deverá ser imediatamente comunicada pelo Segurado à Seguradora.

3.10. Todas as despesas efetuadas para a comprovação correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

4. Riscos Excluídos

4.1. Estão excluídos da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar os eventos ocorridos em consequência de:

a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo 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 ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;

d) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado e da prática de esporte;

e) Lesão intencionalmente auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;

f) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de seguro;

h) Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;

i) Epidemias (declaradas por órgão competente) e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);

j) Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;

k) Gravidez, parto ou aborto, e suas consequências;

l) Hospitalização para a realização de exames de rotina, check-ups, investigação diagnóstica ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;

m) Hospitalização decorrente de doenças congênitas;

n) Hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

- o) Tratamento para esterilização, fertilização, mudança de sexo, de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;**
- p) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- q) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;**
- r) Períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora de Instituição Hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;**
- s) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- t) Tratamentos experimentais e medicamentosos, ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- u) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- v) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão.**
- x) Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.); z) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças a ela relacionadas;**

4.2. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em Instituições não cobertas do tipo abaixo relacionadas:

- a) Instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades, ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;**
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;**
- c) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPA;**
- d) Home Care (internação domiciliar).**

5. Ocorrência do Sinistro

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de internação, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;**
- b) Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do segurado,**

data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;

c) Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;

d) Exames realizados que comprovem necessidade da Internação Hospitalar, original ou cópia simples;

e) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;

f) Cópia simples da carteira de habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo;

g) No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

6. Comprovação das Despesas

6.1. As despesas com as Diárias médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, com a apresentação dos seguintes documentos:

a) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;

b) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;

c) Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;

d) Receita Médica;

e) Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada).

6.2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

6.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado.

6.4. Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

7. Cancelamento da Cobertura

7.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessará individualmente para cada Segurado:

a) com a morte do segurado;

b) com o pagamento do total de diárias contratado;

c) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Cobertura;

d) na data do cancelamento da Apólice.

8. Beneficiário

8.1. O Beneficiário desta Cláusula será sempre o Segurado Principal.

9. Ratificação

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE

INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

1. Objetivo

1.1. Garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado, na ocorrência de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença do Segurado, durante a Vigência deste Seguro.

1.2. É considerada invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

1.3. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

1.4. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

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

2. Capital Segurado

2.1. O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

2.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença indicada na declaração médica.

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) Decorrentes de acidente pessoal;
- b) Danos estéticos e/ou psicológicos;
- c) Doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- d) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- e) Estados patológicos produzidos por consumo de álcool, drogas, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos sem recomendação médica.

4. Ocorrência de Sinistro

4.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

4.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a)** Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 da atividade laborativa principal do Segurado;
- b)** RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- c)** Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível;
- d)** Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

5. Exclusão da Apólice

5.1. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

6. Ratificação

6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. Objetivo

1.1. Garantir uma indenização ao Segurado, referente ao pagamento de diárias por incapacidade temporária, por motivo oriundo de acidente pessoal ou doença, caso o segurado fique totalmente impossibilitado de forma contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

2. Capital Segurado

2.1. É o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido nas Condições Contratuais.

2.2. A Indenização consiste no pagamento do valor das diárias contratadas, durante o período de efetivo afastamento limitado ao período indenitário contratado.

2.3. O valor do Capital Segurado contratado para a Cobertura da Diária de Incapacidade será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

2.4. Será iniciado o pagamento das diárias por Incapacidade Física e Temporária por Acidente ou Doença no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo da entrega da documentação respectiva a Seguradora.

2.5. Nos casos em que o período da Incapacidade Física e Temporária por Acidente ou Doença não superar 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará um único pagamento no valor total das diárias correspondentes.

2.6. Para períodos de Incapacidade superiores a 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará o pagamento em parcelas quinzenais ao segurado. Para o recebimento das parcelas o Segurado deverá enviar a seguradora Declaração Médica atualizada comprovando a incapacidade temporária referente ao período de pagamento da referida parcela.

2.7. Independente da quantidade de eventos caracterizados e cobertos pelas condições da apólice, o montante de diárias indenizáveis a cada segurado, considerando cada período anual de vigência da apólice, não poderá exceder o número de diárias contratadas especificamente para este mesmo período, mesmo que perdure a Incapacidade Física e Temporária por Acidente ou Doença do Segurado.

2.8. Todas as despesas efetuadas para a comprovação correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

2.9. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente ou data indicada na declaração médica, conforme o caso.

3. Riscos Excluídos

3.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cláusula Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:

- a)** Lesões decorrentes do desempenho no serviço policial (militar ou civil) ou nas forças armadas, e ainda, de atos reconhecidamente perigosos, inclusive prática de esportes;
- b)** Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
- c)** Acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;
- d)** hospitalização para “check-up”;
- e)** Gravidez e suas consequências;
- f)** Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- g)** Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- h)** Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- i)** Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:
 - ✓ tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;

- ✓ epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
 - ✓ procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - ✓ doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;
- j) Síndrome do pânico;**
- k) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;**
- l) Qualquer sinistro que impossibilite o segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;**
- m) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;**
- n) As instabilidades crônicas (agonizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;**
- o) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;**
- p) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- q) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- r) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.**
- s) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de doença coberta;**
- t) 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
 - ✓ Similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- u) Envenenamento de caráter coletivo.**

3.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cláusula Especial, qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4. Beneficiários

4.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Segurado principal.

5. Limite das Diárias

5.1. O limite de diárias constará das Condições Contratuais, podendo ser de até, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias por vigência do Contrato e por evento, não sendo cumulativas as diárias não utilizadas pelo Segurado no evento anterior. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

6. Ocorrência do Sinistro

6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento – DIT (formulário fornecido pela Aruana);
- b) RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- c) Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de incapacidade;
- d) Fotocópia do comprovante bancário do segurado.
- e) Exames e laudos médicos (cópia autenticada);
- f) Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- g) Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou Certidão de Ocorrência Policial, cópia;
- h) CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso.

7. Comprovação do Sinistro

7.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária por Incapacidades Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

7.2. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

8. Ratificação

8.1. Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR DOENÇA

1. Objetivo

1.1. Garantir uma indenização ao Segurado, referente ao pagamento de diárias por incapacidade temporária, por motivo oriundo de doença, caso o segurado fique totalmente impossibilitado de forma contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

2. Capital Segurado

2.1. É o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido nas Condições Contratuais.

2.2. A Indenização consiste no pagamento do valor das diárias contratadas, durante o período de efetivo afastamento limitado ao período indenitário contratado.

2.3. O valor do Capital Segurado contratado para a Cobertura da Diária de Incapacidade será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

2.4. Será iniciado o pagamento das diárias por Incapacidade Física e Temporária por Doença no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo da entrega da documentação respectiva a Seguradora.

2.5. Nos casos em que o período da Incapacidade Física e Temporária por Doença não superar 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará um único pagamento no valor total das diárias correspondentes.

2.6. Para períodos de Incapacidade superiores a 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará o pagamento em parcelas quinzenais ao segurado. Para o recebimento das parcelas o Segurado deverá enviar a seguradora Declaração Médica atualizada comprovando a incapacidade temporária referente ao período de pagamento da referida parcela.

2.7. Independente da quantidade de eventos caracterizados e cobertos pelas condições da apólice, o montante de diárias indenizáveis a cada segurado, considerando cada período anual de vigência da apólice, não poderá exceder o número de diárias contratadas especificamente para este mesmo período, mesmo que perdure a Incapacidade Física e Temporária por Doença do Segurado.

2.8. Todas as despesas efetuadas para a comprovação correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

2.9. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data indicada na declaração médica.

3. Riscos Excluídos

3.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cláusula Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária por Doença:

- a) Incapacidade causada por qualquer tipo de Acidente Pessoal;
- b) Lesões decorrentes do desempenho no serviço policial (militar ou civil) ou nas forças armadas, e ainda, de atos reconhecidamente perigosos, inclusive prática de esportes;
- c) Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
- d) hospitalização para “check-up”;
- e) Gravidez e suas consequências;
- f) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- g) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- h) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- i) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:
 - ✓ tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;
 - ✓ epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
 - ✓ procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - ✓ doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;

- j) Síndrome do pânico;
- k) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- l) Qualquer sinistro que impossibilite o segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;
- m) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- n) As instabilidades crônicas (agonizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;
- o) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- p) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- q) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- r) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.
- s) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de doença coberta;
- t) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumultaivos, 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
 - ✓ Similares que venham a ser aceitas pela classe médico-cinetífica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- u) **Envenenamento de caráter coletivo.**

3.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cláusula Especial, qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4. Beneficiários

4.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Segurado principal.

5. Limite das Diárias

5.1. O limite de diárias constará das Condições Contratuais, podendo ser de até, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias por vigência do Contrato e por evento, não sendo cumulativas as diárias não utilizadas pelo Segurado no evento anterior. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

6. Ocorrência do Sinistro

6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento – DIT (formulário fornecido pela Aruana);
- b) RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- c) Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de incapacidade;
- d) Fotocópia do comprovante bancário do segurado.
- e) Exames e laudos médicos (cópia autenticada);
- f) Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

7. Comprovação do Sinistro

7.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária por Incapacidades Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

7.2. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

8. Ratificação

8.1. Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. Objetivo

1.1. Garantir uma indenização ao Segurado, referente ao pagamento de diárias, por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, **caso ocorra internação decorrente de Doença ou Acidente Pessoal**, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

2. Capital Segurado

2.1 É o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido nas Condições Contratuais.

2.2. A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período da efetiva hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar.

2.3. O valor do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Diária por Internação Hospitalar será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

2.4. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.

2.5. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas.

2.6. O benefício máximo pagável sob este seguro é de 30 (trinta) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.

2.7. Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subseqüentes ao fim de uma

internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pagado benefício concedido por este Seguro.

2.8. Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

2.9. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente ou data indicada na declaração médica, conforme o caso.

3. Diária Pecuniária

3.1. O valor em moeda corrente nacional de cada Diária Pecuniária será definida em aditivo a apólice, específica a este fim.

3.2. Nos casos em que, durante a internação hospitalar, o segurado utilizar a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a(s) Diária(s) Pecuniária(s) referente(s) ao período de permanência nessa unidade será (ão) paga(s) em dobro em relação ao valor fixado no aditivo a apólice.

3.3. Será iniciado o pagamento das diárias de renda pecuniária no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo da entrega da documentação respectiva a Seguradora.

3.4. Do montante de diárias de Internação Hospitalar comprovado pelo segurado, serão deduzidas as diárias correspondentes a franquia expressa em aditivo a apólice.

3.5. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará um único pagamento no valor total das diárias correspondentes até a alta médica, a contar do 1º (primeiro) dia de internação após o cumprimento da franquia.

3.6. Para períodos de internação superiores a 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará pagamentos quinzenais ao segurado, sendo o primeiro pagamento relativo aos 30 (trinta) primeiros dias de internação, descontando – se a franquia, e os demais pagamentos referentes a cada quinzena de internação ou iguais a quantidade de diárias devidas até a alta médica, caso não se complete a quinzena.

3.7. Independente da quantidade de eventos caracterizados e cobertos pelas condições da apólice, o montante de diárias indenizáveis a cada segurado, considerando cada período anual de vigência da apólice, não poderá exceder o número de diárias contratadas especificamente para este mesmo período, mesmo que perdure a internação do Segurado.

3.9. Devem ser pagas pela seguradora as diárias pecuniárias até que ocorra a alta médica do Segurado ou se esgote a quantidade máxima de diárias contratadas para o período de vigência anual da apólice, não sendo cumulativas para um período diárias não utilizadas em períodos anteriores, salienta – se que a alta médica deverá ser imediatamente comunicada pelo Segurado à Seguradora.

3.10. Todas as despesas efetuadas para a comprovação correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

4. Riscos Excluídos

4.1. Estão excluídos da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar os eventos ocorridos em consequência de:

a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo 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 ou

- outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;
 - d) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado e da prática de esporte;
 - e) Lesão intencionalmente auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;
 - f) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de seguro;
 - h) Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
 - i) Epidemias (declaradas por órgão competente) e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
 - j) Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
 - k) Gravidez, parto ou aborto, e suas conseqüências;
 - l) Hospitalização para a realização de exames de rotina, check-ups, investigação diagnóstica ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;
 - m) Hospitalização decorrente de doenças congênitas;
 - n) Hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
 - o) Tratamento para esterilização, fertilização, mudança de sexo, de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
 - p) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - q) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
 - r) Períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora de Instituição Hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;
 - s) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
 - t) Tratamentos experimentais e medicamentosos, ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - u) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - v) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão.
 - x) Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.); z) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus

HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças a ela relacionadas;

4.2. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em Instituições não cobertas do tipo abaixo relacionadas:

- a) Instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades, ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;**
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;**
- c) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPA;**
- d) Home Care (internação domiciliar).**

5. Ocorrência do Sinistro

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de internação, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;**
- b) Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;**
- c) Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;**
- d) Exames realizados que comprovem necessidade da Internação Hospitalar, original ou cópia simples;**
- e) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;**
- f) Cópia simples da carteira de habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo;**
- g) No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.**

6. Comprovação das Despesas

6.1. As despesas com as Diárias médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, com a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;**
- b) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;**
- c) Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;**
- d) Receita Médica;**

e) Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada).

6.2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

6.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado.

6.4. Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

7. Cancelamento da Cobertura

7.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessará individualmente para cada Segurado:

- a) com a morte do segurado;
- b) com o pagamento do total de diárias contratado;
- c) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Cobertura;
- d) na data do cancelamento da Apólice.

8. Beneficiário

8.1. O Beneficiário desta Cláusula será sempre o Segurado Principal.

9. Ratificação

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

1. Objetivo

1.1. Garantir uma indenização ao Segurado, referente ao pagamento de diárias, por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, **caso ocorra internação decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal**, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

2. Capital Segurado

2.1 É o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido nas Condições Contratuais.

2.2. A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período da efetiva hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar.

2.3. O valor do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Diária por Internação Hospitalar será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

2.4. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.

2.5. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas.

2.6. O benefício máximo pagável sob este seguro é de 30 (trinta) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.

2.7. Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pagado benefício concedido por este Seguro.

2.8. Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

2.9. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3. Diária Pecuniária

3.1. O valor em moeda corrente nacional de cada Diária Pecuniária será definida em aditivo a apólice, especifica a este fim.

3.2. Nos casos em que, durante a internação hospitalar, o segurado utilizar a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a(s) Diária(s) Pecuniária(s) referente(s) ao período de permanência nessa unidade será (ão) paga(s) em dobro em relação ao valor fixado no aditivo a apólice.

3.3. Será iniciado o pagamento das diárias de renda pecuniária no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo da entrega da documentação respectiva a Seguradora.

3.4. Do montante de diárias de Internação Hospitalar comprovado pelo segurado, serão deduzidas as diárias correspondentes a franquia expressa em aditivo a apólice.

3.5. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará um único pagamento no valor total das diárias correspondentes até a alta médica, a contar do 1º (primeiro) dia de internação após o cumprimento da franquia.

3.6. Para períodos de internação superiores a 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará pagamentos quinzenais ao segurado, sendo o primeiro pagamento relativo aos 30 (trinta) primeiros dias de internação, descontando – se a franquia, e os demais pagamentos referentes a cada quinzena de internação ou iguais a quantidade de diárias devidas até a alta médica, caso não se complete a quinzena.

3.7. Independente da quantidade de eventos caracterizados e cobertos pelas condições da apólice, o montante de diárias indenizáveis a cada segurado, considerando cada período anual de vigência da apólice, não poderá exceder o número de diárias contratadas especificamente para este mesmo período, mesmo que perdure a internação do Segurado.

3.9. Devem ser pagas pela seguradora as diárias pecuniárias até que ocorra a alta médica do Segurado ou se esgote a quantidade máxima de diárias contratadas para o período de vigência anual da apólice, não sendo cumulativas para um período diárias não utilizadas em períodos anteriores, salienta – se que a alta médica deverá ser imediatamente comunicada pelo Segurado à Seguradora.

3.10. Todas as despesas efetuadas para a comprovação correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

4. Riscos Excluídos

4.1. Estão excluídos da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Qualquer tipo de doença;**
- b) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- c) 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 ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;**
- e) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado e da prática de esporte;**
- f) Lesão intencionalmente auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- g) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- h) Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**
- i) Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;**
- j) Gravidez, parto ou aborto, e suas consequências;**

- k) Hospitalização para a realização de exames de rotina, check-ups, investigação diagnóstica ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;
- l) Hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- m) Tratamento para esterilização, fertilização, mudança de sexo, de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- n) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- o) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
- p) Períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora de Instituição Hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;
- q) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- r) Tratamentos experimentais e medicamentosos, ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- s) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- t) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão.
- u) Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);
- v) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças a ela relacionadas;

4.2. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em Instituições não cobertas do tipo abaixo relacionadas:

- a) Instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades, ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;
- c) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPA;
- d) Home Care (internação domiciliar).

5. Ocorrência do Sinistro

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de internação, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- b) Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;
- c) Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- d) Exames realizados que comprovem necessidade da Internação Hospitalar, original ou cópia simples;
- e) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;
- f) Cópia simples da carteira de habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo;
- g) No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

6. Comprovação das Despesas

6.1. As despesas com as Diárias médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, com a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;**
- b) **Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;**
- c) **Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;**
- d) **Receita Médica;**
- e) **Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada).**

6.2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

6.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado.

6.4. Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

7. Cancelamento da Cobertura**7.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessará individualmente para cada Segurado:**

- a) **com a morte do segurado;**
- b) **com o pagamento do total de diárias contratado;**
- c) **quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Cobertura;**
- d) **na data do cancelamento da Apólice.**

8. Beneficiário

8.2. O Beneficiário desta Cláusula será sempre o Segurado Principal.

9. Ratificação

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. Objetivo

1.1. Permitir a inclusão facultativa na Apólice do cônjuge do Segurado Principal, observadas as Condições Contratuais.

2. Riscos Cobertos

2.1. O cônjuge poderá ser garantido pela Cobertura Básica de Morte por Qualquer Causa, e pelas Coberturas adicionais de Morte por Acidente e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

2.2. Os Capitais Segurados, das Coberturas em que os cônjuges serão incluídos, serão limitados a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual. Os percentuais serão definidos nas Condições Contratuais.

3. Ocorrência do Sinistro

3.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

3.2. A documentação respeitará aquela mencionada na respectiva cobertura contratada.

4. Forma de Inclusão

4.1. Facultativa: fica incluído na Apólice o cônjuge do Segurado Principal quando expressamente solicitado, exceto o cônjuge que já fizer parte do Grupo Segurado. Neste caso, o prêmio correspondente ao cônjuge será pago pelo componente do Grupo Segurado que solicitar esta inclusão.

5. Beneficiário

5.1. O Beneficiário do Seguro do cônjuge no caso de sua morte será sempre o Segurado Principal e no caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será o próprio cônjuge.

5.2. Na hipótese de morte simultânea do Segurado principal e do seu cônjuge ou companheiro(a), os Capitais Segurados referentes às Coberturas contratadas, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

6. Cancelamento do Seguro do Cônjuge

6.1. O Seguro do cônjuge será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da Apólice e desta cláusula:

a) nos casos de exclusão do Segurado Principal da Apólice, inclusive por morte;

b) no caso de separação judicial ou divórcio;

c) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o).

7. Ratificação

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS

1. Objetivo

a. Permitir a inclusão facultativa na Apólice dos filhos e enteados menores de 21 anos, naturais ou adotados, dependentes do Segurado Principal e/ou do Segurado Dependente pela Condição Especial de Inclusão de Cônjuge. A Cobertura poderá ser estendida ao filho até 24 anos se este for solteiro, dependente dos pais e estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

b. Poderão ser incluídos nesta cláusula:

a) filho natimorto;

b) filho inválido, de qualquer idade, considerado dependente do Segurado Principal pela legislação do Imposto de Renda e da Previdência Social.

1.3. Para efeito do presente artigo equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.

2. Riscos Cobertos

2.1. Os filhos poderão ser cobertos na Cobertura Básica de Morte por Qualquer Causa ou pelas Coberturas Adicionais de Reembolso de Despesas com Funeral e de Assistência Funeral. O Capital destinado a esta Cobertura será realizado sob a forma única, até o limite máximo de Cobertura da Apólice, o que estará ratificado no respectivo Contrato.

2.2 Para os menores de 14 anos o Seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2.3 O limite máximo de Cobertura da Apólice para esta Cobertura será definido em aditivo à Apólice e não poderá exceder o Capital Segurado para o Segurado Principal.

3. Ocorrência do Sinistro

3.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

3.2. A documentação respeitará aquela mencionada na respectiva cobertura contratada.

4. Forma de Inclusão

4.1. Facultativa: fica(m) incluído(s) na Apólice o(s) filho(s) do Segurado Principal e/ou do cônjuge segurado quando expressamente solicitado. Neste caso, o prêmio correspondente ao(s) filho(s) será pago pelo componente do Grupo Segurado que solicitar esta inclusão.

4.2. Quando ambos os cônjuges forem Segurados principais do mesmo grupo Segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito da cláusula.

4.3. O Capital Segurado dos filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado principal, observando-se que o critério para fixação do capital para esta Cobertura, que será estabelecido no Contrato da Apólice.

5. Cancelamento do Seguro

5.1. O Seguro do filho será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da Apólice:

- a)** quando for cancelada a Condição Especial de Inclusão de Filhos;
- b)** nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por quaisquer das Coberturas contratadas;
- c)** no caso de cessação da condição de dependente, como previsto no Regulamento do Imposto de Renda;
- d)** quando o filho atingir 21 anos de idade ou 24 anos se este estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério da Educação; ou
- e)** a pedido do Segurado Principal.

6. Beneficiário

6.1. O Beneficiário desta Cobertura no caso morte será de acordo com o item 24. Beneficiários das Condições Gerais.

6.2. O beneficiário desta Cobertura para as despesas com o funeral, será a pessoa que comprovar por meio de notas fiscais que efetuou todos os pagamentos referentes ao funeral do segurado.

7. Ratificação

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.