

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA EM GRUPO (0993)

CG 20240606TM

Junho 2022

Sumário

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	5
2. OBJETIVO DO SEGURO	5
3. DEFINIÇÕES	5
4. RISCOS COBERTOS	8
5. RISCOS EXCLUÍDOS	10
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	11
7. ANÁLISE, ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO RISCO	11
8. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS	12
9. PRAZO DE ARREPENDIMENTO	13
10. VIGÊNCIA DO SEGURO	13
11. RENOVAÇÃO DA APÓLICE	13
12. EMISSÃO DA APÓLICE	14
13. CAPITAL SEGURADO	14
14. FRANQUIA	15
15. CARÊNCIA	15
16. PAGAMENTO DO PRÊMIO	15
17. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS	18
18. BENEFICIÁRIOS	19
19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	19
20. CANCELAMENTO DO SEGURO	22
21. PERDA DE DIREITO	23
22. CESSAÇÃO DA COBERTURA	24
23. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	25
24. MULTA E MORA	25
25. REGIME FINANCEIRO	25
26. SUB-ROGAÇÃO	25
27. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO	26
28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	27
29. FORO	27
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)	28
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	31
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	34
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	39
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	43

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	50
1º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS	50
2º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS	51
3º DOCUMENTO - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE	52
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (ILPD)	53
ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (ILPD)	60
1º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS	60
2º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS	61
3º DOCUMENTO - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE	62
CONDIÇÕES ESPECIAIS DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS (IEFP)	63
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO (ADPT)	65
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - (DMHO-A)	68
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE (DIT-A)	71
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT-AD)	75
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE (DIH-A)	79
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIH-AD)	82
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA EM UTI (DIH-AD-UTI)	85
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA GRAVES	89
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)	93
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-M	96
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA – AXCB-M	98
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA – AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO – (AXCB-AT)	100
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO EDUCAÇÃO POR MORTE DO SEGURADO TITULAR	102
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL – AXE-M	104
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE	106
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-M	108
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA - RT-IPTA	111

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC.....114
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF.....116
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS DCF.118

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

1.4. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em qualquer hipótese, o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

2. OBJETIVO DO SEGURO

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

3. DEFINIÇÕES

Seguem os termos e as expressões que têm por objetivo auxiliar no entendimento da leitura e interpretação das Condições Gerais e Cláusulas que regem este seguro.

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

a. incluem-se nesse conceito:

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

b. excluem-se desse conceito:

- i. as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- ii. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

- iii. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- iv. 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, ora definido;
- v. acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- vi. quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal;
- vii. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- viii. autolesões, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, voluntária e premeditada ou sua tentativa, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica; e
- ix. quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

Ambiente Hospitalar: Considera-se ambiente hospitalar; hospitais, ambulatorios, consultórios e clínicas.

Apólice: É Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

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

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

Carência: É o período contínuo, contado a partir da data de início de Vigência da Apólice/ Certificado Individual ou do aumento do Capital Segurado por solicitação do Segurado/Estipulante, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento da indenização.

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

Certificado Individual: É documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

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

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

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

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

Documentos Contratuais: A apólice, a apólice de averbação, o certificado individual, o endosso e o bilhete de seguro;

Endosso: Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

Estipulante: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

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

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

Início De Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

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

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

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

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

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

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

Proposta: É documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais; e

Proposta De Adesão: É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Proposta De Contratação: É Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais.

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

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

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

Seguro Não Contributário: É quando o custeio do Seguro é de responsabilidade integral pelo Estipulante

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

Vigência: Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

4. RISCOS COBERTOS

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

4.1. COBERTURAS

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

- a) Morte (Natural ou Acidental) - (M);
- b) Morte Acidental - (MA);
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - (IPA);
- d) Invalidez Permanente Total por Acidente - (IPTA);
- e) Invalidez Permanente Funcional por Doença - (IFPD);
- f) Invalidez Permanente Laboral por Doença - (ILPD);
- g) Condições Especiais de Indenização Especial de Filhos Póstumos - (IEFP);
- h) Adaptação de Casa e/ou Veículo - (ADPT);
- i) Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes - (DMHO-A);
- j) Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente - (DIT-A);
- k) Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença - (DIT-AD);
- l) Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente - (DIH-A);
- m) Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença - (DIH-AD);
- n) Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença em UTI - (DIH-UTI);
- o) Diagnóstico de Doenças Graves - (DDG);
- p) Desemprego Involuntário - (DI)
- q) Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental - (AXF-M);
- r) Auxílio Cesta-Básica – Morte Natural ou Acidental - (AXCB-M);
- s) Auxílio Cesta-Básica - Afastamento por Acidente de Trabalho - (AXCB-AAT);
- t) Auxílio Educação por Morte do Segurado Titular- (AXE-M);
- u) Auxílio Emergencial – Morte Natural ou Acidental - (AXE-M);
- v) Auxílio Natalidade - (AXN);
- w) Rescisão Trabalhista – Morte Natural ou Acidental - (RT-M);
- x) Rescisão Trabalhista – Invalidez Permanente Total por Acidente - (RT-IPTA).

4.2. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES:

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

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

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

4.3.2. As coberturas contratadas serão expressamente ratificadas na Apólice.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos das coberturas contratadas pelo presente Seguro, os sinistros 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) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;
- c) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- d) atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores do Estipulante, seus dirigentes e/ou administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- e) doenças e acidentes pessoais preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes pessoais sofridos pelo segurado antes da contratação do seguro;
- f) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados: - Do início de vigência individual do seguro; ou - Da solicitação de aumento de capital segurado feita exclusivamente pelo segurado/estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) tratamentos e procedimentos relativos à obesidade mórbida inclusive gastroplastia redutora, doenças congênitas, esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente pessoal;
- j) choque anafilático e suas consequências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente pessoal ou doença coberto;
- k) qualquer tipo de hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;
- l) de parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto
- m) perda de dentes e danos estéticos;
- n) procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia.
- o) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

Estarão cobertos os sinistros ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário, constante nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

7. ANÁLISE, ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO RISCO

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

7.1.1. A adesão dos segurados à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura da proposta de adesão, pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado, e desta deverá constar cláusula na qual declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

7.2. A Proposta deverá conter os elementos essenciais para análise, aceitação ou recusa do risco proposto conforme dispuser a legislação em vigor, bem como a informação sobre a existência de outros seguros cobrindo os mesmos interesses contra os mesmos riscos.

7.3. seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado Quando do recebimento da proposta, A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.4. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias contados da data do recebimento da proposta para manifestar-se expressamente sobre a sua aceitação, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

7.4.1. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 7.4 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.5. Caso o proponente do seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 7.4. anterior.

7.6. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos no subitem 7.4. anterior serão suspensos, até que o ressegurador se manifeste formalmente sobre a aceitação.

7.6.1. Na hipótese prevista no subitem anterior, é vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.

7.7. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo

7.8. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa.

7.8.1. A ausência de manifestação da Seguradora nos prazos previstos acima caracterizará a aceitação tácita da proposta.

7.8.2. Nos casos em que a emissão da apólice ocorra dentro do prazo previsto no subitem 7.4., fica desobrigada a manifestação expressa sobre a aceitação da proposta prevista no mesmo subitem.

7.9. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor que gerem ônus para o segurado, deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, e ratificada pelo correspondente aditivo.

7.9.1. Qualquer modificação e/ou alteração da apólice em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, e quando implicarem em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da concordância expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, e ratificada pelo correspondente aditivo.

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

7.10. Quando ocorrer a recepção da proposta com pagamento total ou parcial do prêmio, será concedido uma cobertura provisória até a data da manifestação expressa da sua aceitação, e quando aceita, o período de cobertura provisória será incorporado na vigência efetiva da apólice.

7.11. Em caso recusa do risco onde tenha havido pagamento total ou parcial do prêmio, a cobertura provisória será encerrada automaticamente as 24:00 (vinte quatro) horas da comunicação da recusa, onde o valor do prêmio pago será restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória.

7.12. É facultado à Seguradora solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação do proponente ou do segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas simultâneas.

7.13. data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

- a) a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
- b) a data de emissão da apólice ou certificado individual com conseqüente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
- c) a data de término do prazo previsto no subitem 7.4., quando caracterizada a aceitação tácita da proposta prevista em 7.8.1.

8. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS

8.1. A contratação do seguro poderá ser realizada por meios remotos, quando disponibilizado pela Seguradora e na forma estabelecida pela legislação específica.

8.2. A Apólice e/ou o Certificado Individual será emitido com base nas declarações prestadas, na Proposta de Contratação e/ou Adesão e devidamente assinada. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

8.3. Se os dados Apólice e/ou o Certificado Individual estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação, deverá ser solicitado à Seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na Apólice e/ou o Certificado Individual emitido.

8.4. As exigências para aceitação dos proponentes serão estabelecidas contratualmente.

9. PRAZO DE ARREPENDIMENTO

9.1. O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do Certificado.

9.2. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item 9.1 anterior, serão devolvidos, de imediato.

9.3. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

9.4. A sociedade seguradora, ou Estipulante de seguros, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

9.5. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela seguradora e expressamente aceitos pelo segurado.

10. VIGÊNCIA DO SEGURO

10.1. As apólices, os certificados de seguro e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

10.2. 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. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

11.1. As apólices com vigência de 1 (um) ano ou superior, poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

11.1.1. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa.

A renovação que implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

11.1.2. A renovação automática a que se refere o subitem 11.1 anterior não se aplica aos segurados, nos planos individuais, e estipulantes, nos planos coletivos, ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano.

11.2. O desinteresse em renovação da apólice deverá ser comunicado ao Segurado e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante e Segurado.

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

12. EMISSÃO DA APÓLICE

12.1. A emissão e o envio e/ou disponibilização ao segurado, por meio físico ou remoto, da apólice, da apólice de averbação, do endosso e do certificado individual serão efetuados em até 15 (quinze) dias partir da data de aceitação da proposta

12.2. A Seguradora providenciará, obrigatoriamente, a emissão e envio do certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

13. CAPITAL SEGURADO

13.1. O Capital Segurado é o valor máximo a ser pago para a Cobertura contratada em caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice na data do evento.

13.1.1. O capital segurado contratado poderá ser:

- a) Múltiplo salarial, onde o capital segurado individual será determinado aplicando-se o múltiplo fixado na Apólice ao respectivo salário nominal mensal percebido;
- b) Escalonado, onde o capital segurado individual poderá ser determinado por faixa etária, por faixa salarial, por cargo ou qualquer outra regra, desde que descrita na Apólice;
- c) Uniforme, onde o capital segurado individual será igual para todos os segurados e terá o valor fixado pelo Estipulante na proposta de seguro e descrito na apólice.

13.2. O Capital estará especificado na Apólice e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa no Certificado Individual de Seguro.

13.3. O Segurado e/ou o Estipulante poderá solicitar aumento do Capital Segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, que analisará a aceitação ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de prêmio, se aplicável.

13.4. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:

- a) Para a cobertura de Morte Natural ou Acidental (M); Auxílio Funeral (AXF-M); Auxílio Cesta-Básica – (AXCB-M); Auxílio Educação (AXE-M) Auxílio Emergencial - (AXE-M), Rescisão Trabalhista – (RT-M); a data do falecimento.
- b) Para a cobertura de Morte Acidental (MA); Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA); Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHO), Rescisão Trabalhista – Invalidez Permanente Total por Acidente – (RT-IPTA) a data do acidente;
- c) Para as coberturas de Invalidez Funcional Permanente por Doença, Invalidez Laboral Permanente por Doença e Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT), considera-se como data do evento, a data da constatação indicada na declaração médica.
- d) Para a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DITA) e Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença (DITAD): a data do afastamento, mediante comprovação por laudo médico.
- e) Para as coberturas de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIHA), Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença (DIHAD); A data da internação.
- f) Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença (DIHAD-UTI) a data da internação na UTI;
- g) Para a cobertura de Diagnóstico de Doença Grave (DDG): a data do diagnóstico da doença grave, mediante a comprovação por laudo médico, conforme especificado nas Condições Especiais do seguro.
- h) Para as coberturas de Diagnóstico de Doenças Graves - (DDG), Desemprego Involuntário - (DI) e Auxílio Natalidade - (AXN); a data descrita nas Condições Especiais.

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

14. FRANQUIA

Quando houver, a franquia será prevista nas Condições Especiais da cobertura contratada.

15. CARÊNCIA

15.1. Quando houver, o período de carência, será descrito nas Condições Especiais da cobertura contratada.

15.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto em caso de suicídio ou sua tentativa praticada pelo segurado, neste caso, haverá uma carência de dois anos, contados a partir da Vigência inicial do Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

16.1. Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:

- a) Não contributivo: aquele em que os Segurados não pagam prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao Estipulante;
- b) Parcialmente Contributivo: Aquele em que os Segurados pagam uma parte do prêmio e o Estipulante paga a outra parte;
- c) Contributivo: Aquele em que os Segurados pagam prêmio integralmente.

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

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

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

16.4.1. Haverá um prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias, durante o qual a falta de pagamento do prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro.

16.4.1.1. Em caso de ocorrência de sinistro coberto nesse período, a indenização será paga deduzida dos prêmios devidos nesse período e não pagos, sendo estes acrescidos de multa e juros moratórios nos termos da legislação específica e conforme estabelecido no item MULTA E MORA destas Condições Gerais..

16.4.2. Em se mantendo a inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias contados a partir da data do primeiro vencimento da primeira fatura em aberto, a apólice será automaticamente cancelada.

16.4.2.1. Não será considerado para fins de contagem de prazo, data de vencimento que sejam prorrogadas, sempre será considerada para contagem do prazo citado no subitem 15.4.2. a data do primeiro vencimento gerado para parcela em atraso.

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

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
13%	5%	73%	53%
20%	9%	75%	57%

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

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

16.6. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o segurado ou estipulante, conforme o caso alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

16.7. O prazo limite para o pagamento do prêmio é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Se esta data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente.

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

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

16.10. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora poderá delegar ao estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante não poderá prejudicar o segurado.

16.11. É expressamente vedado ao estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

16.12. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o estipulante ou subestipulante não poderá interromper o recolhimento, salvo nos casos de cancelamento da apólice, de perda do vínculo empregatício ou por solicitação por escrito do segurado.

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

16.14. As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro.

16.14.1. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado para que esta possa ser implementada, sem prejuízo da faculdade da seguradora de rescindir o seguro, mediante comunicação aos segurados e ao estipulante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

16.15. O não pagamento do prêmio até a data de vencimento correspondente, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido no item MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

17. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

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

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

17.2. A vedação estabelecida no subitem 17.1 anterior não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

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

17.4. É expressamente vedado ao Estipulante:

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

17.5. São obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.
- m) comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

18. BENEFICIÁRIOS

Os beneficiários serão indicados na proposta de adesão inclusive o percentual de sua participação na indenização, na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer os beneficiários indicados, o capital segurado será pago conforme dispuser a legislação em vigor..

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

19.1. Ocorrendo um evento coberto, para o recebimento da indenização, o Segurado ou o beneficiário deverá apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, o formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou beneficiário. Os documentos básicos necessários para Liquidação de Sinistro são descritos abaixo:

19.1.1. Para todos os eventos:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário;
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário em caso de morte do segurado;
- c) Comprovante de endereço da residência do Segurado e do Beneficiário em caso de morte do segurado;

DO SEGURADO

- a) RG (cópia autenticada);
- b) CPF (cópia autenticada);
- c) Certidão de Nascimento ou Casamento (cópia autenticada do documento atualizado);
- d) Cópia da Ficha de Registro do Empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo com o Estipulante / Subestipulante seja empregatício;
- e) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo com o Estipulante / Subestipulante seja empregatício;
- f) Cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre Estipulante / Subestipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- g) Cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre Estipulante / Subestipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

DO(S) BENEFICIÁRIO(S)

- a) PAIS: RG e CPF (cópias autenticadas);
- b) CÔNJUGE: Certidão de Casamento, RG e CPF (cópias autenticadas);
- c) COMPANHEIRA: RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS (cópias autenticadas);
- d) Filhos: Certidão de Nascimento e RG, sendo que:
 - I. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;
 - II. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

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

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

19.2. Para todos os casos o Estipulante se obriga a entregar, juntamente com os documentos relacionados ao sinistro:

19.2.1. Quando o vínculo entre Estipulante e Segurado for empregatício, a relação do pessoal segurado com a descrição dos dados pessoais do segurado sinistrado, período em que esteve sob seus serviços, tipo de serviço prestado e cópia da Guia de Recolhimento do FGTS relativo aos serviços prestados pelos mesmos.

19.2.2. Quando o vínculo entre Estipulante e Segurado for associativo ou similar, a relação do pessoal segurado com a descrição dos dados pessoais do segurado sinistrado, período em que este foi associado.

19.3. O pagamento de qualquer indenização devida relativa ao presente seguro será realizado sob a forma de parcela única ou renda nos termos definidos em cada cobertura contratada e será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados a cada cobertura e informações necessárias que possibilitem a regulação e liquidação comprovação do sinistro.

19.4. Fica reservado à Seguradora o direito de solicitar outros documentos, além dos básicos, no caso de dúvida fundada e justificável, que sejam necessários para regulação e liquidação do sinistro. Neste caso, será suspensa e reiniciada a contagem do prazo que trata o parágrafo anterior, a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

19.5. Quando os documentos solicitados forem cópias, é facultado à seguradora a solicitação de cópias autenticados.

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

19.6.1. A junta médica de que trata o subitem anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

19.7. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para fins de verificação de cobertura, de acordo com as condições previstas contratualmente.

19.8. O Estipulante, Corretor, Segurado e/ou beneficiários deverão comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que tiver conhecimento.

19.9. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, **não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, para fins deste Seguro.**

19.10. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

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

19.11. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

19.12. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido no item MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

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

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

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

20.2. Nos demais casos, o cancelamento da apólice somente se dará quando expirar seu prazo de vigência, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 60 (sessenta) dias.

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

- a) a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**
- b) quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto disposta no item – PAGAMENTO DE PRÊMIO, subitem 16.5 anterior.**

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

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

20.5. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

21. PERDA DE DIREITO

21.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

21.2. 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.

21.2.1. Se a inexactidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora poderá:

I - na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

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

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

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

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

21.4. O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

21.4.1. A mudança de profissão/ atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente como: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé.

A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado Cônjuge, quando incluído no Seguro.

21.4.2. 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 seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

22. CESSAÇÃO DA COBERTURA

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

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

22.3. As coberturas individuais cessarão automaticamente:

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

23. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

23.1. O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do presente contrato é o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, ou outro que venha a substituí-lo.

23.1.1. A apuração do índice ora apresentado, terá uma defasagem de 60 (sessenta) dias, em função do tempo de divulgação do índice e das comunicações que devem ser feitas no processo de renovação.

23.2. Às Contratações com vigência inferior a 1 (um) ano não se aplica a cláusula de atualização de monetária.

23.3. Também não será aplicado atualização monetária para capitais que sejam resultantes de múltiplos de salário, os quais serão ajustados com base nos respectivos ajustes salariais.

24. MULTA E MORA

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

24.2. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

25. REGIME FINANCEIRO

25.1. Considerando-se que o plano de seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, exceto aqueles pagos a maior, por erro de cobrança da Seguradora, ou em caso de recusa da proposta de seguro em que o prêmio tenha sido pago antecipadamente.

25.2. O prêmio a ser restituído nas hipóteses do subitem anterior serão atualizados de IPCA/IBGE, ou outro índice que venha a substituí-lo.

26. SUB-ROGAÇÃO

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

27. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

27.1. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido no Contrato.

27.2. Na hipótese de distribuição, será considerado Excedente Técnico o saldo positivo (se houver), entre as receitas e as despesas a seguir especificadas:

I – RECEITAS

- a) os Prêmios, de competência, correspondentes ao período de apuração, efetivamente pagos, deduzidos os Prêmios devolvidos;
- b) os estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

II - DESPESAS

- a) as comissões de corretagem pagas durante o período, correspondentes ao período de competência analisado;
- b) as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período (se houver);
- c) as comissões de agenciamento pagas durante o período (se houver);
- d) valor total dos Sinistros ocorridos, pagos ou avisados, no período de competência analisado;
- e) o valor total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados nas apurações dos períodos anteriores ao de competência;
- f) os saldos negativos dos períodos anteriores e ainda não compensados;
- g) as despesas efetivas de administração do plano a cargo da seguradora;
- h) as despesas a título de IBNR, ou seja, os Sinistros ocorridos e ainda não avisados, relativas ao período de competência avaliado.

27.3. Quando da apuração, as receitas e as despesas serão atualizadas pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, o Índice que vier a substituí-lo, conforme a seguir:

- a) Prêmios e comissões - a partir do respectivo dia do pagamento;
- b) Sinistros - a partir do dia do aviso à seguradora;
- c) Saldos negativos anteriores - a partir do respectivo mês de apuração;
- d) Despesas de administração da seguradora - a partir das datas em que incorreram.

27.4. No caso de resultado positivo, a seguradora repassará a título de Excedente Técnico ao Estipulante o percentual estabelecido no Contrato.

27.5. Respeitado o critério de apuração estabelecido nos itens anteriores, a distribuição de Excedente Técnico ocorrerá após o 1º ano de Vigência da Apólice.

27.6. A distribuição de Excedente Técnico será efetuada após o término de Vigência Anual da Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de Excedente Técnico.

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

27.8. Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o Prêmio Individual. Esta condição constará do Certificado Individual do Seguro quando o seguro for contributário. Caberá ao Estipulante definir a forma com que distribuirá o Excedente Técnico aos componentes do Grupo Segurado, em conformidade com os Contratos/acordos que possua com os Segurados.

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

28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

29. FORO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE (M)

1. OBJETIVO

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

4.1. FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

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

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

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

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado pelo Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

I. Morte Decorrente de Doença:

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

II. Morte Decorrente de Acidente:

Além dos Documentos relacionados na Alínea I. acima providenciar:

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

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

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

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

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

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

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

6. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

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

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

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

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

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado pelo Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

I. Morte Decorrente de Acidente:

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

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

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

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

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

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

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

7. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO

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

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

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

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

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

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

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

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

6. CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

6.1. No caso de Invalidez Permanente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
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	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - CONTINUAÇÃO	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	06
menos de 3 (três) centímetros	sem pagamento

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

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

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

6.4. 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).

6.5. 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.

6.6. 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. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

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

8. JUNTA MÉDICA

8.2. É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

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

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

9.1.1. 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.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

O certificado individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

11. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO

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

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

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

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

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

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

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

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

6. CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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).

6.3. 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.

6.4. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.2. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

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

8. JUNTA MÉDICA

8.1. É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

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

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

O certificado individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

10. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.11. Dados Antropométricos: peso e altura do indivíduo.

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

- 2.1.13. Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.1.14. Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.1.15. Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.1.16. Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.1.17. Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.1.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.1.19. 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).
- 2.1.20. 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.
- 2.1.21. 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.
- 2.1.22. Doença Profissional:** aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 2.1.23. Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do indivíduo com o meio externo.
- 2.1.24. Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.1.25. Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favoreceu ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interage.
- 2.1.26. Hígido:** Saudável
- 2.1.27. Médico Assistente:** médico que está assistindo o Segurado ou que já tenha prestado assistência continuada.
- 2.1.28. Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

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

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS COBERTOS

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

3.2. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, provenientes exclusivamente de doenças:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença.
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares, que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

- g) Deficiências visuais, decorrentes de doença:
 - g1. Cegueira, na qual a acuidade visual é menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g2. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,05 e 0,3 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g3. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for menor ou igual a 60°; ou
 - g4. 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:
 - i1. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - i2. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - i3. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.3. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, anexo a esta Condição Especial, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.1.1. O IAIF é composto por dois documentos:

- a) O primeiro documento (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
 - a1. 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.
 - a2. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
 - a3. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- b) O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
 - b1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

6. CARÊNCIA

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

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

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

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

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;

- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do Segurado;
- c) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao Segurado;
- d) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do Segurado;
- e) Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3. Riscos Cobertos, destas Condições Especiais;
- f) Relatório médico assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, bem como informando os respectivos CIDs associados ao estado de incapacidade;
- g) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- h) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

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

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

8.4. 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.

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

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

10. JUNTA MÉDICA

10.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela 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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais	0
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico	20

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a auto suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	0
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias	20

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

3º DOCUMENTO - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbididade 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 morbididade 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 se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

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

1. OBJETIVO

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

1.1.1. 'Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

1.1.1.1. Para fins deste seguro a atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez, consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

1.1.1.2. Considera-se doença terminal aquela para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo superior a (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

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

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

2. DEFINIÇÕES

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

Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dados Antropométricos: peso e altura do indivíduo.

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

Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

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

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

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

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

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

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

Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

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

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

Etiologia: causa de cada doença.

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

Hígido: saudável

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS COBERTOS

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

3.2. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, provenientes **exclusivamente de doenças**:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença.
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares, que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiências visuais, decorrentes de doença:
 - g1. Cegueira, na qual a acuidade visual é menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g2. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,05 e 0,3 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g3.
 - g4. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for menor ou igual a 60°; ou
 - g5. 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:
 - i1. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - i2. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - i3. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

5. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

6. CARÊNCIA

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

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

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

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

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

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

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do Segurado;
- c) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao Segurado;
- d) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do Segurado;
- e) Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3. Riscos Cobertos, destas Condições Especiais;
- f) Relatório médico assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, bem como informando os respectivos CIDs associados ao estado de incapacidade;
- g) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- h) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

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

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

8.4. 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.

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

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez laboral permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

10. JUNTA MÉDICA

10.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela 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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais	0
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico	20

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a auto suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	0
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias	20

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

3º DOCUMENTO - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbididade 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 morbididade 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 se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS (IEFP)

1. OBJETIVO

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

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

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

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

6. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO

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

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

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

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

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

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA CLÁUSULA

Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas nos itens 14, 15 e 16 das Condições Gerais.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 13., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- a) formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante e pelo médico que atendia o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;
- b) formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- c) cópias do RG (cédula de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado;
- d) cópia da Ficha de Registro de Emprego
- e) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
- f) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, e a necessidade da adequação de casa ou modificação do veículo de uso particular, informando sempre se o paciente encontra-se em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado.
- g) cópia do BO (Boletim de Ocorrência) policial, se houver;
- h) Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- i) cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- k) Declaração de residência habitual e comprovante de residência do mês anterior ao sinistro;
- l) Certidão de propriedade do veículo;
- m) Laudo, emitido pela empresa responsável pelas adequações com o detalhamento dos serviços prestados;
- n) Notas fiscais originais para comprovação dos gastos.

9. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO

Mediante contratação desta cobertura fica garantido o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, desde que sejam adquiridos dentro do Ambiente Hospitalar.

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. PRESTADORES

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

5. FRANQUIA/CARÊNCIA

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

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

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

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

7. CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA

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

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

8. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

8.2. 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.

9. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO

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

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

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

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. FRANQUIA E CARÊNCIA

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

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

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

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

6. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

6.2. 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.

7. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO

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

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

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

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

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

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

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

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

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

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

6. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

6.2. 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.

7. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO

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

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

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

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

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;**
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;**

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

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

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

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

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

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

6. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

6.2. 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.

7. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO

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

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

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

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

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;**
- b) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;**
- c) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;**

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

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

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

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

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

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

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

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

6. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

6.2. 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.

7. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO

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

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

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

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

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

2. DEFINIÇÕES

UTI : Unidade de terapia intensiva

3. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;

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

5. FRANQUIA/CARÊNCIA

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

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

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

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

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo uma internação que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

7. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

7.2. 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.

8. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA GRAVES

1. OBJETIVO

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

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

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

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

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

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

1.3.3. Infarto Agudo do Miorcardio: Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas.

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

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

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do 1º diagnóstico da Doença Grave após a contratação do seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Para câncer (neoplasia): qualquer câncer não invasivo (in situ), doença de hodgkin na fase i, todos os cânceres de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da classificação clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana, carcinoma micropapilar da bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação rai menor que III);
- b) Para infarto agudo do miocárdio: infartos do miocárdio anteriores a contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência da apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação;
- c) Para derrame (acidente vascular cerebral): ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da apólice;
- d) Para insuficiência renal crônica: insuficiência renal aguda e/ou insuficiência renal crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;
- e) Para ara transplantes de órgãos vitais: qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados no item 1.2.5 destas Condições Especiais;
- f) Toda e qualquer cirurgia não especificada no item riscos cobertos desta cobertura.

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

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

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

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

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

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

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

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

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

6. JUNTA MÉDICA

6.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do diagnóstico de Doença Grave, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

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

6.2. As despesas efetuadas com a legitimação do Diagnóstico de Doença Grave são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

6.3. Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Diagnóstico de Doença Grave igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

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

7. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. RISCOS COBERTOS

Esta Cobertura desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao segurado, limitado ao capital segurado contratado, caso o Segurado venha a perder involuntariamente o vínculo empregatício durante o decorrer da vigência do seguro, respeitando os períodos de carência e franquia, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES:

Configura-se como desemprego involuntário a perda involuntária de vínculo empregatício a rescisão do contrato de trabalho do Segurado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, que não tenha sido por ele motivada e que não tenha decorrido de justa causa, com a consequente cessação do pagamento de salário pelo seu empregador.

3. ELEGIBILIDADE:

3.1. Serão elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador, e desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento. Exclusivamente para a contagem do período mínimo de vínculo empregatício, será considerado o período de aviso prévio quando trabalhado.

3.1.1. O vínculo empregatício que o Segurado deve manter com uma pessoa jurídica ou pessoa física (Empregador), será através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

3.2. Para ter direito à cobertura de Desemprego Involuntário, é obrigatório que o segurado tenha cumprido o Aviso Prévio ou, encaminhe documento que comprove a dispensa do mesmo.

3.3. Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Desemprego Involuntário é necessário que se comprove o mesmo número meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador entre o pagamento final de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula – “riscos excluídos” das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) Aposentadorias;**
- b) Vínculo empregatício, direto ou indireto, com familiares até o 3º grau de parentesco;**
- c) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;**

- d) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do vínculo empregatício;**
- e) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;**
- f) Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela consolidação das leis do trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em diário oficial;**
- g) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;**
- h) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;**
- i) Falência;**
- j) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;**
- k) 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 funcionários no mesmo mês;**
- l) Programas de demissão voluntária (pdv) ou plano de demissão incentivado (pdi), motivados pelo empregador do segurado;**
- m) Acordo entre empregado e empregador;**
- n) Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ ou acionista;**
- o) Funcionários que já se encontrem em período de aviso prévio na data da contratação do seguro;**
- p) Segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme previsto nestas condições especiais – desemprego involuntário;**
- q) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;**
- r) Desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no contrato;**
- s) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na carteira profissional.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

5.2. O valor da obrigação mencionada no item 5.1. anterior será pago após o cumprimento do período de franquia, desde que o segurado não esteja exercendo nenhuma outra atividade remunerada.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada como “data da ocorrência do evento coberto” a data indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

5.4. Anualmente o Capital Segurado será corrigido automaticamente no aniversário de contratação do Bilhete de Seguro, de acordo com o índice pactuado nas Condições Gerais do seguro, ou a qualquer tempo mediante a solicitação do segurado e aceitação da Seguradora

6. FRANQUIA/CARÊNCIA

6.1. FRANQUIA: O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Certificado de Seguro, respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder reclamar a cobertura do seguro.

6.2. CARÊNCIA: O período de Carência será estabelecido contratualmente respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos, deverá constar no Certificado de Seguro, e será contado a partir do início de vigência ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula “PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS”, item – “Documentos Básicos em Caso de Sinistros” das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia do Termo de Rescisão Contratual, devidamente homologado pelo sindicato ou por outro órgão competente;
- e) Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) – página do contrato de trabalho onde consta o registro da saída do empregado;
- f) Cópia do Formulário de Dispensa do M.T.E – CD;
- g) Cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo + CNPJ da empresa empregadora + assinatura + data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.
- h) Cópia do Certificado de Seguro do Seguro;

Para a continuidade do processo de indenização a Seguradora poderá solicitar a atualização e reenvio das informações necessárias, periodicamente.

8. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O pagamento do capital segurado se dará na forma de uma única prestação no valor do capital segurado contratado, desde que não exerça nenhuma outra atividade remunerada, observado o limite de capital contratado estabelecido no Certificado de Seguro.

9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-M

1. OBJETIVO

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

2.3. Esta cobertura poderá ser contratada nas seguintes opções:

2.3.1. Assistência Funeral – Individual: Garante o reembolso ou os serviços de assistência exclusivamente para o Segurado Principal do seguro.

2.3.2. Assistência Funeral Familiar: Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu cônjuge e filhos.

2.3.3. Familiar Ampliado Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu Cônjuge, Filhos, Pai, Mãe, Sogro e Sogra.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

4.1. FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

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

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

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

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

6. RATIFICAÇÃO

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

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

1. OBJETIVO

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

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

4.1. FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

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

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

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

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

6. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA – AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO – (AXCB-AT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao segurado o pagamento de indenização, a título de auxílio alimentação – cesta básica ao segurado, dentro dos limites estabelecidos na apólice, no caso do seu afastamento laborativo causado exclusivamente por acidente de trabalho coberto (típico ou de trajeto) ocorrido durante a vigência do seguro, desde que a cobertura seja devida e o Prêmio tenha sido pago, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Apólice.

1.2. O afastamento deverá ser concedido por órgão responsável, mediante registro no CAT (comunicação de acidente de trabalho).

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além de todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER – DORT – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- b) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.**

3. ÂMBITO TERRITORIAL

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para essa cobertura será estabelecido contratualmente, deverá constar na respectiva Apólice do seguro e em quaisquer situações representará a responsabilidade máxima da seguradora por evento e por vigência.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação do sinistro, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

5. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

5.1. No caso de sinistro, deverão ser apresentados os seguintes documentos para análise:

5.1.1. Cópia Simples

- a) RG (Cédula de Identidade); CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do segurado;
- b) CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado
- c) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- d) Requerimento de auxílio-doença do Segurado protocolado pelo Estipulante, na forma estabelecida pelo INSS.

5.1.2. Cópia Autenticada

- a) BO (Boletim de Ocorrência) e/ou CAT(Comunicação de Acidente de Trabalho)
- b) Comprovante da consulta do Estipulante junto a Previdência Social da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado;
- c) Registro da CAT(Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1 – Típico ou 3 – Trajeto.

5.1.3. Documento Original

- d) Aviso de Sinistro e Acidentes Pessoais – formulário fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante e, pelo médico que assistiu o Segurado;

5.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgarem necessários.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE AUXÍLIO EDUCAÇÃO POR MORTE DO SEGURADO TITULAR

1. OBJETIVO

Esta cobertura garante, desde que contratada, o pagamento de uma indenização, a título de Auxílio Educação em virtude do falecimento do segurado principal.

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos da Cláusula – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

4.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

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

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente Cláusula Adicional.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL – AXE-M

1. OBJETIVO

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os riscos excluídos da Cláusula – “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

4.1. FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

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

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

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

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

6. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao segurado o pagamento de indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de nascimento de filho(s) nascido(s) com vida, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e da Apólice.

1.2. Serão reembolsáveis as seguintes despesas, ocorridas em até 90 (noventa) dias a contar da data do nascimento da(s) criança(s) e diretamente vinculadas ao mesmo conforme segue:

- a) fraldas, vacinas e exames devidamente comprovados por notas fiscais;
- b) consultas médicas pediátricas, devidamente comprovadas por recibo emitido pelo médico;
- c) medicamentos e suplementos alimentares, previstos expressamente em receita médica.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura:

- a) Natimorto (produto do nascimento de um feto morto);**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato e em quaisquer situações representará a responsabilidade máxima da seguradora por evento e por vigência.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do nascimento do(s) filhos(s) vivo(s).

3.3. Em caso de gestação múltipla, a indenização contratada será multiplicada pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.

4. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

4.1. Deverão ser apresentados os documentos abaixo:

4.1.1. Cópia Simples

- a) RG (cédula de identidade), CPF (cadastro de pessoas físicas) e comprovante de residência do pai/mãe ou responsável legal;

4.1.2. Cópia Autenticada

- a) Certidão de Nascimento do(s) filho(s) do Segurado nascido(s) com vida;

4.1.3. Documento Original

- a) Receitas médicas, recibos e notas fiscais originais das despesas cobertas em nome do(s) recém-nascido(s).

4.2. A Seguradora poderá solicitar documentos adicionais necessários para a análise do processo de sinistro.

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-M

1. OBJETIVO

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

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

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

4.1. FRANQUIA: Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.

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

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

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

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

6. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA - RT-IPTA

1. OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido o reembolso ao estipulante das despesas com a rescisão do contrato de trabalho com o segurado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, em consequência de acidente pessoal coberto.

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

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

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

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) Saldo de salário;
- b) 13º salário;
- c) Férias vencidas;
- d) Férias proporcionais;
- e) Participação nos lucros;
- f) 1/3 constitucional sobre férias vencidas e proporcionais;
- g) Salário-família;
- h) FGTS do mês anterior (depósito);
- i) FGTS da rescisão (depósito);

- j) Multas por descumprimento do contrato de trabalho nos termos previstos pela legislação trabalhistas;
- k) Danos Morais e Materiais decorrentes direta ou indiretamente do fato gerador do sinistro; e
- l) Despesas ordinárias decorrentes do contrato de trabalho.

4. FRANQUIA/CARÊNCIA

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

5. CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

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

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

5.2. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro pelos meios disponibilizados e divulgados pela seguradora.

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

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

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

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

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

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

7. JUNTA MÉDICA

7.1. É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

O certificado individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de Rescisão Trabalhista – RT-IPTA, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

9. RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC

1. OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cláusula suplementar de Inclusão de Cônjuge, poderá ser contratado as coberturas do seguro para o cônjuge do segurado principal.

1.2. Não pode participar desta cláusula suplementar, o cônjuge que faça parte do grupo segurado, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

1.3. São extensíveis ao cônjuge, somente as coberturas contratadas pelo segurado principal, respeitadas as restrições estabelecidas no contrato de seguro.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Cônjuge: é a(o) esposa(o) do segurado(a).

2.1.1. A(O) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2. O capital segurado relativo a cada cobertura contratada para o cônjuge será equivalente a um percentual do correspondente capital segurado contratado para o segurado principal

3.3. O percentual referente a cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente, sendo que não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.

5. FORMA DE CONTRATAÇÃO

A forma de contratação da cláusula suplementar poderá ser:

a) automática: quando estarão cobertos automaticamente todos os cônjuges dos respectivos segurados principais, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas nas condições contratuais.

b) facultativa: quando são incluídos os cônjuges dos segurados principais mediante adesão individual, desde que aceitos pela seguradora.

6. BENEFICIÁRIO

Na falta de indicação expressa do beneficiário do cônjuge nas coberturas cujo evento coberto seja o falecimento, a indenização será paga ao segurado principal. Nas demais coberturas, o beneficiário será o próprio cônjuge.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

7.1. Os riscos individuais previstos no seguro começam a vigorar:

- a) na forma automática: a partir da caracterização da condição de cônjuge de acordo com o item 2.1.
- b) na forma facultativa: na data da inclusão do cônjuge, desde que aceito previamente pela seguradora

7.2. As coberturas contratadas para o cônjuge começam a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou a partir da data em que se caracterizar a sua união, conforme no item DEFINIÇÃO acima, ou ainda, em data posterior, quando a cláusula suplementar for contratada após a entrada em vigor das coberturas do segurado principal, ou ainda a partir da data.

8. RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF

1. OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cláusula suplementar de Inclusão de Filhos, poderá ser contratado as coberturas do seguro para os filhos do segurado principal.

1.1.1. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, é permitida somente a contratação de coberturas para o reembolso das despesas, devidamente comprovadas, observando-se que:

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

1.2. São extensíveis aos filhos, somente as coberturas contratadas pelo segurado principal, respeitadas as restrições estabelecidas no contrato de seguro.

1.3. Não podem participar desta cláusula suplementar, os filhos que façam parte do grupo segurado, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

1.4. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal para efeito desta cláusula suplementar.

2. DEFINIÇÃO

Filho: para efeito desta cláusula suplementar é o filho, o enteado e o menor considerado dependente do segurado principal conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2. O capital segurado relativo a cada cobertura contratada para os filhos será equivalente a um percentual do correspondente capital segurado contratado para o segurado principal

3.3. O percentual referente a cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente, sendo que não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.

5. FORMA DE CONTRATAÇÃO

A inclusão dos Filhos do segurado principal será automática, sem necessidade de adesão individual, desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

6. BENEFICIÁRIO

O beneficiário dos filhos nas coberturas cujo evento coberto seja o falecimento, é o segurado principal. Nas demais coberturas, os beneficiários serão os filhos.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

As coberturas contratadas para os filhos começam a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou em data posterior, quando a cláusula suplementar for contratada após a entrada em vigor das coberturas do segurado principal.

8. RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS DCF.

1. OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cláusula e pagamento de prêmio correspondente garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em razão do nascimento de filho com vida, portador de doença congênita prevista nestas condições gerais, e que tenha sido diagnosticada na vigência do seguro exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, e do Contrato..

1.2. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, esta cobertura será incluída uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal para efeito desta cláusula suplementar.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Filho: para efeito desta cláusula suplementar é o filho, o enteado e o menor considerado dependente do segurado principal conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

2.2. Doença Congênita: considera-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos e funcionais diagnosticados quando do nascimento com vida.

2.2.1. Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:

- a) Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;
- b) Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;
- c) Malformação da traquéia e dos pulmões;
- d) Malformação dos rins;
- e) Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- f) Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
- g) Malformação dos órgãos sensoriais, exclusivamente visão e audição; e,
- h) Anomalias cromossômicas (Síndrome de Down e Síndrome de Tumer).

3. CAPITAL SEGURADO

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

3.2. O capital segurado relativo a cada cobertura contratada para os filhos será equivalente a um percentual do correspondente capital segurado contratado para o segurado principal

3.3. O percentual referente a cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente, sendo que não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cláusula complementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.

5. FORMA DE CONTRATAÇÃO

A inclusão dos Filhos do segurado principal será automática, sem necessidade de adesão individual, desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

6. BENEFICIÁRIO

O beneficiário é o segurado principal.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

As coberturas contratadas para os filhos começam a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou em data posterior, quando a cláusula complementar for contratada após a entrada em vigor das coberturas do segurado principal.

8. INDENIZAÇÃO

O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.

9. RATIFICAÇÃO

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