


Você
nunca
está
sozinho.



Condições Gerais
Seguro de Pessoas Individual
Bilhete

,too
seguros

Bem-vindo à Too Seguros

O nosso desejo é garantir que você conheça tudo sobre este seguro, inclusive os direitos e obrigações, assim reserve alguns minutos para ler e conhecer todas as vantagens que ele oferece.



Central de Atendimento via Telefone e Chat

0800 775 9191

tooseguros.com.br/fale-conosco

2ª via de documentos, cancelamentos, informações sobre apólices ou acionamento do seguro

Dias úteis | das 8h às 20h

Too Seguros S.A.

CNPJ: 33.245.762/0001-07 | Registro SUSEP: 665-3 | Av. Paulista, 1374 | Bela Vista | São Paulo | SP

SAC 24h 0800 776 2252 | 0800 776 2253 - Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou dificuldade de fala

Ouvidoria 0800 776 2254 - Exclusivo para casos não atendidos ou respostas insatisfatórias.
Dias úteis | das 9h às 18h (horário de São Paulo/SP)

Processo SUSEP Nº 15414.900269/2015-98
(condições gerais Seguro Pessoas Individual Bilhete)
Versão junho/2023

Índice

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	5
2. PARTES CONTRATANTES	5
3. COBERTURAS DO SEGURO	5
4. NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)	6
5. CAPITAL SEGURADO	7
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	7
7. CONTRATAÇÃO DO SEGURO	8
8. VIGÊNCIA E ALTERAÇÃO DO BILHETE	8
9. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS	8
10. PAGAMENTO DE PRÊMIO	9
11. CANCELAMENTO DO SEGURO	9
12. PERDA DE DIREITOS	10
13. BENEFICIÁRIOS.....	11
14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	11
15. PERÍCIA DA SEGURADORA	12
16. FORO.....	12
17. ÂMBITO GEOGRÁFICO	12
18. PRESCRIÇÃO	12
19. DEFINIÇÕES DE TERMOS UTILIZADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS.....	12
20. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	15
MORTE.....	17
FUNERAL POR MORTE.....	19
CESTA BÁSICA (AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO)	21
CESTA BÁSICA POR MORTE ACIDENTAL (CB-MA)	24
DESPESAS DIVERSAS EM DECORRÊNCIA DA MORTE DO SEGURADO.....	28
MORTE ACIDENTAL.....	30
MORTE ACIDENTAL EM ACIDENTE AÉREO.....	32
MORTE ACIDENTAL EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.....	34
MORTE DECORRENTE DE CRIME.....	36
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	39
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	46
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DECORRENTE DE CRIME.....	49
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL DECORRENTE DE CRIME	56
DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIH).....	59
DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE	62
DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA.....	65
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS (DMHO).....	67

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTE DE CRIME.....	70
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	73
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD) sem exclusão do segurado da Apólice	80
DOENÇAS GRAVES.....	89
TRANSPLANTE DE ORGÃOS.....	95
ANTECIPAÇÃO DE CAPITAL POR MORTE EM CASO DE DOENÇA EM FASE TERMINAL.....	97
PERDA DE EMPREGO.....	99
RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (PROFISSIONAIS LIBERAIS E AUTÔNOMOS).....	101
QUEBRA DE OSSOS.....	105
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER.....	107
DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DC)	110
AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE (AX-M)	112
AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL (AX-MA)	114
AUXÍLIO DESPESAS	116

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO DE PESSOAS CONTRATAÇÃO SOB A FORMA DE BILHETE

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado, observado o limite contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos pelas coberturas contratadas, exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as Condições Contratuais.

2. PARTES CONTRATANTES

São partes contratantes deste seguro a Seguradora, **TOO SEGUROS S.A.** e o Segurado.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Para fins deste seguro, consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas listadas no item 3.2., que tenham sido efetivamente contratadas pelo Segurado e ratificadas nas Condições Contratuais, com a indicação dos respectivos Capitais Segurados.

3.2. Este seguro não possui cobertura básica, podendo ser comercializado com a composição de quaisquer das seguintes coberturas:

- a) Morte;
- b) Funeral por Morte;
- c) Cesta Básica (Auxílio Alimentação);
- d) Cesta Básica por Morte Acidental (CB-MA)
- e) Despesas Diversas em decorrência da Morte do Segurado;
- f) Morte Acidental;
- g) Morte Acidental em Acidente Aéreo;
- h) Morte Acidental em Acidente Automobilístico;
- i) Morte decorrente de crime
- j) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- k) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- l) Invalidez Permanente Total ou Parcial decorrente de crime;
- m) Invalidez Permanente Total decorrente de crime;
- n) Diária por Internação Hospitalar Decorrente de Acidente ou Doença;
- o) Diária por Internação Hospitalar Decorrente de Acidente;
- p) Diária por Incapacidade Temporária;
- q) Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas (DMHO);
- r) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrente de Crime
- s) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença;
- t) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Sem exclusão do Segurado da Apólice;
- u) Doenças Graves;

- v) Transplante de Órgãos;
- w) Antecipação de Morte em caso de Doença em Fase Terminal;
- x) Perda de Emprego;
- y) Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária (Profissionais Liberais e Autônomos);
- z) Quebra de Ossos.
- aa) Diagnóstico de Câncer
- bb) Doença Congênita de Filho (DC)
- cc) Auxílio Funeral por Morte (AX-M)
- dd) Auxílio Funeral por Morte Acidental (AX-MA)
- ee) Auxílio Despesas

3.3. As coberturas descritas no item 2.1 deste plano, poderão ser contratadas isoladamente, com exceção das coberturas:

- a) Funeral por Morte (AF-M);
- b) Funeral por Morte Acidental (AF-MA);
- c) Cesta Básica (Auxílio Alimentação);
- d) Cesta Básica por Morte Acidental (CB-MA);
- e) Auxílio Despesas

4. NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- c) De ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- d) De danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro, ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores;
- e) De automutilações e lesões auto infligidas ocorridas durante os primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;
- f) Do suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) De inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;

- h) De intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) De epidemias e pandemias, desde que declaradas pelo órgão competente, incluindo gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
- j) De dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior;
- k) Da participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
- l) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem, exceto quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
- m) De envenenamento em caráter coletivo;
- n) De dano moral, entendido como toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico; e
- o) De sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios.

5. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado é valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pelo bilhete.

A data do evento a ser considerada para determinação do Capital Segurado vigente na data do sinistro está estabelecida nas Condições Especiais das respectivas coberturas.

A anuência, pela seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará a observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 6.1. A existência de carência e/ou franquia será estabelecida nas Condições Especiais das coberturas contratadas e/ou bilhete.
- 6.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura, ou do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou da recondução do seguro, se suspenso, sendo estabelecido nas Condições Especiais das coberturas contratadas.
- 6.3. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais em quaisquer das coberturas contratadas, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa**, quando o período de carência corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura, ou do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou de sua recondução depois de suspenso.
- 6.4. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura.

- 6.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

7. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A contratação do seguro será feita sob a forma de bilhete.
- 7.2. A contratação de seguros por meio de bilhete poderá ser feita mediante solicitação verbal do interessado, desde que realizada de modo inequívoco, cuja comprovação caberá à seguradora.
- 7.3. Equipara-se à solicitação verbal do interessado, a manifestação do proponente efetuada com a utilização de meios remotos.
- 7.4. O Seguro prova-se com a exibição do bilhete, e, na falta dele, por documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio ou por confirmação de quitação do prêmio do seguro enviado pela seguradora ou seu representante com a utilização de meios remotos.
- 7.5. No caso de menores de 14 anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.
- 7.6. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO BILHETE

- 8.1. A vigência das coberturas oferecidas em planos de seguros contratados mediante a emissão de bilhete iniciar-se-á sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio.
- 8.2. Os Bilhetes de Seguro terão seu início e término de vigência às 24h das datas para tal fim neles indicadas.
- 8.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do seguro.
- 8.4. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar o seguro, sem devolução dos Prêmios pagos.
- 8.5. O prazo de vigência do Bilhete de Seguro poderá ser renovado uma única vez, de forma automática, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Segurado, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, contados da data de vencimento do Bilhete de Seguro, comunicar o desinteresse pela continuidade.
- 8.6. As demais renovações, deverão ser expressas entre as partes.

9. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

- 9.1. Os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário do seguro, pela variação do IPCA-IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).
- 9.2. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.

- 9.3. Qualquer aumento dos Capitais implicará em aumento automático dos prêmios, obedecendo à mesma proporção aplicada ao acréscimo dos Capitais.
- 9.4. Quando houver pagamento de prêmio único, os capitais segurados serão atualizados até a data de ocorrência do evento coberto.

10. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 10.1. O custeio deste Plano de Seguro é totalmente contributivo, sendo o segurado responsável pelo pagamento do prêmio.
- 10.2. O prêmio do seguro poderá ser pago sob forma de “prêmio único” ou em “parcelas mensais” durante o período de vigência do bilhete, porém a última parcela do prêmio não poderá exceder ao término de vigência do seguro.
- 10.3. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponder a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento de tal parcela do prêmio poderá ser realizado no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de coberturas.
- 10.4. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.
- 10.5. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado nos prazos estipulados acarretará a suspensão das coberturas deste seguro a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento do prêmio não pago e, em caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.
As coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia em que o pagamento do prêmio for retomado, desde que não superior a 30 (trinta) dias contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago.
- 10.6. O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.
- 10.7. Para os seguros cujo pagamento tenha sido realizado sob a forma de prêmio único, haverá devolução de prêmio nas situações a seguir, sendo que:
 - I. Na hipótese de cancelamento do seguro por iniciativa do Segurado, a Seguradora reterá do prêmio recebido, no máximo, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “*pro rata temporis*”.
 - II. No caso de suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do bilhete, será devolvido o prêmio pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.
- 10.8. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

Fica automaticamente cancelado o bilhete de seguro:

- a) Quando qualquer fatura referente ao prêmio de seguro não for paga em 30 (trinta) dias a contar do seu vencimento. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do inadimplemento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.
- b) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo segurado.
- c) Quando o Segurado, seus representantes legais ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação, para obter ou majorar a indenização, sem direito a restituição de prêmio.
- d) Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro.
- e) Com a Morte, com a Invalidez Permanente Total por Acidente ou com a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do Segurado, com o pagamento de indenização referente à cobertura de Doenças Graves e, ainda, quando o segurado se encontrar com doença em fase terminal.

12. PERDA DE DIREITOS

O Segurado ou seus beneficiários perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- 12.1. Pelo não cumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais;
- 12.2. Pela utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
- 12.3. Se houver fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsa data de início de moléstias;
- 12.4. Em caso de tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do evento coberto;
- 12.5. Pela solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado;
- 12.6. Por dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado; e
- 12.7. Pela agravação intencional do risco.

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

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

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.

13. BENEFICIÁRIOS

Os Beneficiários das coberturas contratadas neste seguro serão designados nas Condições Especiais das coberturas contratadas.

Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

14.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou o beneficiário, conforme o caso, deverão comunicar à Seguradora e enviar os documentos mínimos para sua análise e regulação ("Documentação Básica"), definidos nas Condições Especiais de cada cobertura.

A partir da entrega de toda a "Documentação Básica" exigida, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para análise e liquidação do sinistro.

14.2. O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

14.3. Fica facultada à Seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração dos fatos.

Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do atendimento da solicitação, após novo registro de recebimento datado da área de sinistros, indicando que houve a reentrada do processo e que o prazo voltou a correr.

Após a finalização integral das pendências, a seguradora fará a liquidação do sinistro e efetivação do pagamento.

14.4. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias, o valor da indenização será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária. 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.

14.5. Todas as despesas efetuadas com a comprovação ou apuração do sinistro e com os documentos de habilitação necessários correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistro e que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão a cargo da Seguradora.

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

15. PERÍCIA DA SEGURADORA

No caso de qualquer ocorrência prevista, o Segurado autoriza os médicos peritos da Seguradora a terem acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e/ou solicitar exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, que estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.

- Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

16. FORO

Eventuais questões judiciais entre o Segurado e a Seguradora serão processadas e julgadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

17. ÂMBITO GEOGRÁFICO

As coberturas previstas nestas Condições Gerais aplicam-se para eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre. Entretanto, o pagamento da indenização se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

18. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais, isto é, os prazos para o segurado, seus beneficiários ou seus representantes reclamarem o valor do seguro são aqueles determinados em lei.

19. DEFINIÇÕES DE TERMOS UTILIZADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS

Acidente Pessoal:

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer 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, ainda, nesse conceito:

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

- b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
 - c) Os acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores;
 - d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
 - e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.
- b) NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal:**
- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as 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) 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 Esforço Repetitivo • LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho • DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo • LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.

Apólice: é o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos;

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

Bilhete de Seguro: é o documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

Capital Segurado: é o valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto pelo bilhete, vigente na data do evento.

Carência (prazo de carência): é o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão,

durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratados.

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

Coberturas: são as garantias contratadas pelo Segurado e concedidas pela Seguradora, para pagamento dos eventos indenizáveis estabelecidos nestas Condições Gerais.

Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas Condições Gerais e Especiais, incluindo as definições da Apólice, do Contrato, e do bilhete.

Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

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.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas pelo segurado.

Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

Garantias: são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

IPC-A: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística • IBGE.

Indenização: valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou aos seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

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

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que esteja assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Nota técnica atuarial: documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais;

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

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

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

Reabilitação do Seguro: é o restabelecimento, dentro do prazo de suspensão, das coberturas contratadas.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não estão cobertos pelo plano.

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

- a) Segurados Principais – é a pessoa que contratou o Seguro.
- b) Segurados Dependentes – são os cônjuges ou companheiros e filhos dependentes do Segurado Principal, assim considerados de acordo com a regulamentação do INSS e do Imposto de Renda.

Seguradora: é a **TOO SEGUROS S.A.**, companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

Seguro Contributário: aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcial do seguro.

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

Vigência do Seguro: é o período no qual o bilhete de seguro está em vigor.

Vigência da Cobertura: é o período de validade das coberturas contratadas, para o Segurado.

20. DISPOSIÇÕES FINAIS

20.1. Este plano foi estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica, em vista da ausência de constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas, não possibilita devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

20.2. A propaganda e a promoção do seguro por parte do Corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e a supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais e demais condições contratuais, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

- 20.3. O registro destas Condições Gerais na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da referida autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização e contratação.
- 20.4. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF, conforme o caso.
- 20.5. **As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante do bilhete.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do capital segurado ao Beneficiário, no caso da **morte do segurado**, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência da cobertura.

A cobertura de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)**, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

Poderá ser estabelecida no Bilhete carência para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.

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

6.3. A indenização por Morte, e, se contratadas, por quaisquer das coberturas de invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente, ocorrer a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade ou CNH, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Carteira de Identidade ou CNH e CPF do Segurado;
- d) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- e) Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
- f) Prontuário Médico do segurado;
- g) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Laudo de Necropsia, se houver; e
- j) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- k) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no Bilhete, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 8.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 8.3. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago conforme determinado em lei.
- 8.4. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.
- 8.5. Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, o seguro será cancelado.

9. CONDIÇÕES GERAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE FUNERAL POR MORTE

1. OBJETIVO

Garantir a prestação de serviço de assistência funeral ou o reembolso das despesas realizadas com o funeral, até o limite do capital segurado contratado, no caso da morte do Segurado, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Os riscos cobertos por esta cobertura são referentes à prestação de serviços ou reembolso de despesas relacionadas ao funeral do Segurado, em razão de sua morte por causas naturais ou acidentais.

2.1. A opção por uma das formas de utilização, prestação de serviços de assistência funeral ou reembolso de despesas, inviabiliza o acionamento daquela não utilizada.

2.2. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

Caso o Beneficiário opte pela utilização do serviço de assistência funeral, que será prestado apenas em território nacional, a Seguradora oferecerá, através de empresa terceirizada e especializada, a prestação dos serviços cobertos no seguro contratado.

Os serviços passíveis de contratação conforme itens abaixo, estarão disponíveis 24 horas por dia, durante 365 dias do ano, e serão limitados ao capital segurado contratado:

2.2.1. Caixão/Urna; carro para enterro; carreto extra; serviço assistencial; registro de óbito; taxa de sepultamento ou cremação; remoção do corpo; paramentos; aparelho de ozona; mesa de condolências; velas; velório; véu; enfeite floral e coroas.

2.2.2. Intermediação para Locação de Jazigo: nos casos em que a família do falecido não dispuser de local para sepultamento, a Seguradora se encarregará das providências prévias (contatos e preparativos) para locação de jazigo, por um período máximo de 3 (três) anos, a contar da data do falecimento. Esta cobertura está sujeita às condições e disponibilidades locais. **Os custos de aquisição, a locação e manutenção do jazigo são de responsabilidade da família do Segurado e/ou procurador do mesmo.**

A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que as demais coberturas serão devidas.

2.3. DESPESAS COBERTAS

Caso seja optado a realização do reembolso e existam responsáveis pelo dispêndio das despesas com o funeral, estarão cobertas, até o limite do capital segurado contratado, as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos. **Não estão cobertas as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**

2.4.1. Neste caso, o beneficiário do seguro será aquele que provar que arcou com as despesas do funeral.

2.4.2. Nos casos de reembolso, caberá aos beneficiários a escolha dos prestadores de serviço legalmente habilitados.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)**, das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os seguintes riscos:

- a) Custos de aquisição do jazigo.
- b) Locação e manutenção do jazigo.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento em caso de morte natural/doença e a data do acidente que deu origem ao sinistro em caso de morte acidental.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora:

- a) Cópia simples do RG ou CNH do segurado;
- b) Cópia simples ou número do CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado;
- d) Cópia simples da certidão de óbito;
- e) Notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens e serviços realizados.
- f) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário desta cobertura será o responsável pelo pagamento das despesas funerárias cobertas.

9. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE CESTA BÁSICA (AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO)

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso das despesas com aquisição de Cesta Básica ao Beneficiário, no caso da **morte do Segurado**, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência da cobertura.

Serão reembolsadas as despesas com aquisição de produtos de alimentação, limpeza e higiene pessoal, **exceto bebidas alcoólicas**, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais com a discriminação dos produtos adquiridos, até o limite do capital segurado contratado para esta garantia.

Será garantido um reembolso mensal, de acordo com a quantidade de cestas contratadas, conforme definido no bilhete, até o valor do capital segurado contratado para esta garantia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)**, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

4.1. Poderá ser estabelecida carência para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.

6.2. O capital segurado desta garantia e a quantidade de cestas cobertas serão definidos no bilhete.

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

6.4. Em caso de morte do beneficiário antes do fim do período de recebimento da indenização por reembolso, as parcelas restantes serão pagas aos seus herdeiros legais.

7. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

7.1. Por opção do Beneficiário, em substituição ao reembolso das despesas garantidas por esta cobertura, a Seguradora poderá oferecer através de

empresa terceirizada e especializada, a prestação dos serviços de fornecimento de Cestas Básicas, mediante solicitação à Seguradora quando do Aviso de Sinistro:

- 7.2. No caso da opção pela prestação dos serviços oferecidos pela Seguradora, os planos disponíveis e conteúdo de cada Cesta Básica (quantidade e produtos) serão disponibilizados para o estabelecimento prévio do Beneficiário.
- 7.3. Quando utilizado a prestação dos serviços oferecidos pela Seguradora, deverá ser observado:
- a) A Seguradora somente providenciará a entrega das Cestas Básicas, após apurada a cobertura técnica desta Cláusula, respeitado os prazos para liquidação de sinistro conforme estabelecido nas Condições Gerais.
 - b) As Cestas serão entregues em intervalos mensais ao Beneficiário.
 - c) As Cestas somente serão entregues no Brasil.
 - d) Caso o Beneficiário identifique qualquer produto na Cesta que esteja quebrado, rasgado, deteriorado ou de qualquer forma inapropriado para o consumo, deverá comunicar imediatamente à Seguradora.
 - e) Os produtos que de qualquer forma se apresentem inapropriados ao consumo serão substituídos no prazo de 72 (setenta e duas) horas para entregas em São Paulo e/ou Grande São Paulo a contar da reclamação do Beneficiário, sendo que, para demais localidades o prazo será tratado caso a caso.
 - f) Não havendo na praça disponibilidade de qualquer produto que conste na composição da Cesta Básica, o insumo será substituído por produto similar de igual utilidade e valor compatível.
 - g) A ocorrência de catástrofes, tais como enchentes, greves, ou de outros fatores súbitos e involuntários poderão eventualmente interferir no prazo de entrega da Cesta Básica.
 - h) As Cestas Básicas serão entregues mediante assinatura de contra recibo por parte do Beneficiário indicado.
- 7.4. **A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que passem a ser devidas indenizações previstas por outras coberturas indicadas no bilhete.**

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade ou CNH, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Carteira de Identidade ou CNH e CPF do Segurado;
- d) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- e) Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
- f) Prontuário Médico do segurado;
- g) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

- h) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Laudo de Necropsia, se houver; e
- j) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- k) Notas fiscais originais para comprovação das despesas realizadas com a aquisição das cestas básicas cobertas, caso o beneficiário não tenha optado pela prestação de serviços descritas no item 5 destas Condições Especiais.
- l) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1. O Beneficiário que fará jus ao recebimento da Cesta Básica será aquele indicado pelo Segurado no bilhete, sendo que o Segurado poderá indicar ou alterar o Beneficiário a qualquer tempo, mediante comunicação expressa à Seguradora.
- 9.2. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, será observada as disposições da lei para a identificação do beneficiário.
- 9.3. No caso de existir mais de um Beneficiário, terá direito ao recebimento das Cestas Básicas, aquele com maior idade.
- 9.4. Em caso de morte do beneficiário antes do fim do período de recebimento da indenização, as parcelas restantes serão pagas aos herdeiros legais do beneficiário.

10. CONDIÇÕES GERAIS

- 10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR MORTE ACIDENTAL (CB-MA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o reembolso das despesas com aquisição de Cesta Básica ao Beneficiário, no caso da morte acidental do Segurado, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais do seguro.**

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado, decorrente de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.
- 2.2. Esta cobertura será devida quando da ocorrência de Morte do Segurado, não sendo extensiva às coberturas de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

3. DESPESAS COBERTAS

- 3.1. Serão reembolsadas as despesas aquisição de produtos de alimentação, limpeza e higiene pessoal, exceto bebidas alcoólicas, devidamente comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais com a discriminação dos produtos adquiridos, até o limite do capital segurado contratado para esta garantia.
- 3.2. Será garantido um reembolso mensal, de acordo com a quantidade de cestas contratadas, conforme definido no bilhete, até o valor do capital segurado contratado para esta garantia.
- 3.3. O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Ratificam-se os termos da cláusula 4. NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS), das Condições Gerais deste seguro.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.
- 5.2. O capital segurado desta garantia e a quantidade de cestas cobertas serão definidos no bilhete.
- 5.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente que deu origem ao sinistro.

6. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

- 6.1. Por opção do Beneficiário, em substituição ao reembolso das despesas garantidas por esta cobertura, a Seguradora poderá oferecer através de empresa terceirizada e especializada, a prestação dos serviços de fornecimento de Cestas Básicas, mediante solicitação à Seguradora quando do Aviso de Sinistro.**
- 6.2. No caso da opção pela prestação dos serviços oferecidos pela Seguradora, os planos disponíveis e conteúdo de cada Cesta Básica (quantidade e produtos) serão disponibilizados para aceitação prévia do Beneficiário.**
- 6.3. Quando utilizado da prestação dos serviços oferecidos pela Seguradora, deverá ser observado:**
 - 6.3.1. A Seguradora somente providenciará a entrega das Cestas Básicas, após apurada a cobertura técnica desta Cláusula, respeitado os prazos para liquidação de sinistro conforme estabelecido nas Condições Gerais.**
 - 6.3.2. As Cestas serão entregues em intervalos mensais ao Beneficiário.**
 - 6.3.3. As Cestas somente serão entregues no Brasil.**
 - 6.3.4. Caso o Beneficiário identifique qualquer produto na Cesta que esteja quebrado, rasgado, deteriorado ou de qualquer forma inapropriado para o consumo, deverá comunicar imediatamente à Seguradora.**
 - 6.3.5. Os produtos que de qualquer forma se apresentem inapropriados ao consumo serão substituídos no prazo de 72 (setenta e duas) horas para entregas em São Paulo e/ou Grande São Paulo a contar da reclamação do Beneficiário, sendo que, para demais localidades o prazo será tratado caso a caso.**
 - 6.3.6. Não havendo na praça disponibilidade de qualquer produto que conste na composição da Cesta Básica, o insumo será substituído por produto similar de igual utilidade e valor compatível.**
 - 6.3.7. A ocorrência de catástrofes, tais como enchentes, greves, ou de outros fatores súbitos e involuntários poderão eventualmente interferir no prazo de entrega da Cesta Básica.**
 - 6.3.8. As Cestas Básicas serão entregues mediante assinatura de contrarrecibo por parte do Beneficiário indicado.**
- 6.4. A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que passem a ser devidas indenizações previstas por outras coberturas indicadas no blihete.**

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora em vias originais ou cópias :

- a) Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário;
- b) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade, CNH, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado (no mês do evento), tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia Simples);
- d) Certidão de Óbito do Segurado;
- e) Carteira de Identidade ou CNH e CPF do Segurado;
- f) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- g) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h) CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso (Cópia Simples);
- i) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Laudo de Necropsia, se houver;
- k) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado; e
- l) Notas fiscais originais para comprovação das despesas realizadas com a aquisição das cestas básicas cobertas, caso o beneficiário não tenha optado pela prestação de serviços descritas no item 6 destas Condições Especiais.

8. BENEFICIÁRIO

8.1. O Beneficiário que fará jus ao recebimento da Cesta Básica será aquele indicado pelo Segurado no bilhete, ou, na falta de indicação, aquele definido no Contrato, ou, ainda, não havendo indicação ou definição contratual, serão observados os termos da legislação civil em vigor, sendo que o Segurado poderá indicar ou alterar o Beneficiário a qualquer tempo, mediante comunicação expressa a Seguradora.

8.2. No caso de existir mais de um Beneficiário, terá direito ao recebimento das Cestas Básicas, aquele com maior idade.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE DESPESAS DIVERSAS EM DECORRÊNCIA DA MORTE DO SEGURADO

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso das despesas, **provenientes da morte do segurado**, ao Beneficiário, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura são as despesas provenientes da morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência da cobertura.

As despesas a serem reembolsadas deverão ser comprovadas mediante apresentação de nota fiscal original.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)**, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

Poderá ser estabelecida carência para eventos decorrentes de causas naturais ou doença..

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.

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

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade ou CNH, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Carteira de Identidade ou CNH e CPF do Segurado;
- d) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- e) Comprovante das despesas efetuadas após o óbito do segurado;
- f) Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
- g) Prontuário Médico do segurado;
- h) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

- i) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no Bilhete, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 8.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 8.4. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago conforme determinado em lei. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.
- 8.5. Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, o seguro será cancelado.

9. CONDIÇÕES GERAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do capital segurado ao Beneficiário, no caso de **morte acidental do segurado**, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado, decorrente de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência da cobertura.

A cobertura de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)**, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

6.3. A indenização por Morte, e, se contratadas, por quaisquer das coberturas de invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente, ocorrer a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

a) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade ou CNH, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;

- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Carteira de Identidade ou CNH e CPF do Segurado;
- d) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- e) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Laudo de Necropsia, se houver; e
- h) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- i) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no bilhete, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 8.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 8.3. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago conforme determinado em lei.
- 8.4. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.
- 8.5. Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, o seguro será cancelado.

9. CONDIÇÕES GERAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM ACIDENTE AÉREO

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao Beneficiário, no caso de **morte acidental do segurado ocorrida em acidente aéreo**, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado, decorrente de acidente aéreo, ocorrido durante a vigência da cobertura.

A cobertura de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões da cláusula 4 **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)**, das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos acidentes decorrentes de viagens em aeronaves:

- que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo;
- dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou
- que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 6.3. A indenização por Morte, e, se contratadas, por quaisquer das coberturas de invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente, ocorrer a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade ou CNH, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- e) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Laudo de Necropsia, se houver; e
- h) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- i) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no bilhete, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 8.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 8.3. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago conforme determinado em lei.
- 8.4. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.
- 8.5. **Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, o seguro será cancelado.**

9. CONDIÇÕES GERAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao Beneficiário, no caso de **morte acidental do segurado em acidente automobilístico**, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado, decorrente de acidente automobilístico, ocorrido durante a vigência da cobertura.

A cobertura de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)**, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 6.3. A indenização por Morte, e, se contratadas, por quaisquer das coberturas de invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente, ocorrer a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade ou CNH, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Carteira de Identidade ou CNH e CPF do Segurado;
- d) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- e) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Laudo de Necropsia, se houver; e
- h) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- i) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no bilhete, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 8.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 8.3. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago conforme determinado em lei.
- 8.4. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.
- 8.5. Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, o seguro será cancelado.

9. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE DECORRENTE DE CRIME

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor segurado contratado ao Beneficiário, no caso de morte exclusivamente decorrente de crime, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a morte do segurado, ocorrida exclusivamente em decorrência de crime, durante a vigência da cobertura individual.

A cobertura de Morte, aos segurados menores de 14 (quatorze) anos de idade, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com o funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) Crime praticado por descendente, ascendentes e cônjuge/companheiro do Segurado, bem como quaisquer pessoas que com ele residam ou que dele dependam economicamente;
- b) Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;
- c) Qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- 4.1. O valor segurado contratado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 4.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do crime que deu origem ao sinistro.
- 4.3. A indenização por morte decorrente de crime, e, se contratadas, por quaisquer das coberturas de invalidez permanente por acidente ou decorrente de crime, não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do segurado em consequência do mesmo episódio, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor segurado por morte.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal
- b) cópia do RG ou CNH do segurado
- c) cópia ou número do CPF do segurado
- d) cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado

- e) cópia da certidão de óbito
- f) cópia do boletim de ocorrência
- g) cópia do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)
- h) cópia da certidão de casamento atualizada, emitida após o óbito
- i) certidão de união estável e/ou declaração de convivência conjugal
- j) cópia do último holerite
- k) cópia do contrato social atualizado
- l) ficha do empregado atualizado, se aplicável
- m) beneficiários
 - declaração de herdeiros, com firma reconhecida da assinatura do declarante e das testemunhas
 - cópia do RG ou CNH de todos os herdeiros do segurado
 - cópia ou número do CPF dos herdeiros
 - cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome de cada um dos herdeiros
 - dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
 - autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)
- n) no caso de união estável, enviar cópia de 2 (dois) dos documentos a seguir:
 - cópia da declaração do imposto de renda e/ou declaração do INSS onde consta o (a) companheiro (a) como dependente
 - comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS
 - comprovante de dependente no convênio médico
 - tutela e/ou declaração de pátrio poder para beneficiários menores de 18 anos
- o) No caso morte do cônjuge – caso contratada a cobertura, enviar também:
 - cópia do RG e CPF do cônjuge
 - cópia comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do cônjuge
 - cópia da certidão de casamento atualizada, emitida após o óbito
 - declaração de união estável

6. BENEFICIÁRIOS

- 6.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no bilhete, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 6.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 6.3. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o valor segurado será pago conforme determinado em lei.
- 6.4. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

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

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Segurado, caso fique permanentemente inválido, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. O risco coberto por esta cobertura é a **invalidéz permanente do Segurado**, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nestas Condições Especiais e nas demais condições contratuais.

2.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, tendo sido constatada e avaliada a invalidéz permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará a indenização, proporcional ao grau de invalidéz, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total da visão de ambos os olhos	10
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	10
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	10
	Perda total do uso de ambas as mãos	10
	Perda total do uso de um membro superior e um membro	10
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	10
	Perda total do uso de ambos os pés	10
	Alienação mental total e incurável	10
	Nefrectomia bilateral	10

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSAS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total da visão de um olho	3
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não	7
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	4
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	2
	Mudez incurável	5
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	2
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	2
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna	2

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o	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	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-	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 (primeiro) dedo, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15	
- De 4 (quatro) centímetros	10	
- De 3 (três) centímetros	06	
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

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

INVALIDEZ PERMANENTE DIVERSAS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
		MANDÍBULA
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75

INVALIDEZ PERMANENTE DIVERSAS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL	
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR		
	Perda de um testículo	05	
	Perda de dois testículos	15	
	Amputação traumática do pênis	40	
	Perda de um ovário	05	
	Perda de dois ovários	15	
	Perda do útero antes da menopausa	30	
	Perda do útero depois da menopausa	10	
	PESCOÇO		
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15	
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
	Traqueostomia definitiva	40	
	Paralisia de uma corda vocal	10	
	Paralisia de duas cordas vocais	30	
	TÓRAX		
	APARELHO RESPIRATÓRIO		
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10	
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial		
	com função respiratória preservada	15	
com redução em grau mínimo da função respiratória	25		
com redução em grau médio da função respiratória	50		
com insuficiência respiratória	75		
MAMAS (FEMININAS)			
Mastectomia unilateral	10		
Mastectomia bilateral	20		
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)			
Gastrectomia subtotal	20		
Gastrectomia total	40		
INTESTINO DELGADO			
Ressecção parcial	20		
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia	40		
INTESTINO GROSSO			
Colectomia parcial	20		
Colectomia total ou definitiva	40		
RETO E ÂNUS			
Incontinência fecal sem prolapso	30		
Incontinência fecal com prolapso	50		
Retenção anal	10		
FÍGADO			
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10		
Lobectomia com insuficiência hepática	50		
Extirpação da vesícula biliar	07		
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS			
Epilepsia pós-traumática	20		
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20		
Síndrome pós-concussional	05		

- 2.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.4. Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 2.5. 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).
- 2.6. 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.
- 2.7. 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.
- 2.8. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- b) Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- c) Acidentes médicos;
- d) Exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- e) Acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
- f) Perda de dentes e os danos estéticos; e
- g) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada por sinistro, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 6.3. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 6.4. A indenização por invalidez permanente por acidente e morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Formulário de declaração médica de Acidentes Pessoais comprovando a invalidez permanente por acidente;
- b) Carteira de Identidade ou CNH e CPF do Segurado;
- c) Comprovante de residência do segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- d) Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- e) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- h) CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), em caso de acidente de trabalho.
- i) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

9. BENEFICIÁRIOS

9.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

10. CONDIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

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

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Segurado, caso fique total e permanentemente inválido, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. O risco coberto por esta cobertura é a **invalidéz permanente do Segurado**, relativa à perda ou à impotência funcional definitiva e total, de membros ou órgãos, por lesão física, causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nestas Condições Especiais e nas demais condições contratuais.
- 2.2. Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidéz Permanente Total por Acidente os eventos relacionados abaixo, mediante comprovação por laudo médico, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e ocorridos durante a vigência do bilhete:
 - a) Perda total da visão de ambos os olhos;
 - b) Perda total do uso de ambos os braços;
 - c) Perda total do uso de ambas as pernas;
 - d) Perda total do uso de ambas as mãos;
 - e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
 - f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 - g) Perda total do uso de ambos os pés;
 - h) Alienação mental total incurável; e
 - i) Nefrectomia bilateral por acidente.
- 2.3. **Não ficando abolidas por completo as funções dos membros ou órgãos lesados, a indenização por invalidéz permanente total por acidente não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.**
- 2.4. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidéz pré-existente será percentualmente deduzido para fins de indenização.
- 2.5. A invalidéz permanente deve ser comprovada através de declaração médica. **A aposentadoria por invalidéz concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidéz permanente previsto nesta cobertura.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- a) **Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

- b) Acidentes médicos;
- c) Exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- d) Acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações:
 - Que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;
 - Dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou
 - Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
- e) Perda de dentes e os danos estéticos; e
- f) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

Esta garantia não cobre situações de invalidez sofridas pelo segurado diferentes das discriminadas no item 2.2 destas Condições Especiais, qualquer que seja o grau e ainda que decorrente de acidente.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada em caso de sinistro coberto, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 6.3. A indenização por invalidez permanente total por acidente e morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Formulário de declaração médica de Acidentes Pessoais comprovando a invalidez permanente por acidente;
- b) Carteira de Identidade ou CNH e CPF do Segurado;
- c) Comprovante de residência do segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- d) Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- e) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

- h) CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), em caso de acidente de trabalho.
- i) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

9. BENEFICIÁRIO

9.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

10. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DECORRENTE DE CRIME

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Segurado, caso fique permanentemente inválido, em decorrência direta e exclusiva decorrente de crime, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua contratação, quando da alta médica definitiva e observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. O risco coberto por esta cobertura é a invalidez permanente do Segurado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada direta e exclusivamente por crime coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nestas Condições Especiais e nas demais condições contratuais.
- 2.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, tendo sido constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará a indenização, proporcional ao grau de invalidez, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO NO CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	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	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSAS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna	25

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-	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	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o	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	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-	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 (primeiro) dedo, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15	
- De 4 (quatro) centímetros	10	
- De 3 (três) centímetros	06	
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

INVALIDEZ PERMANENTE DIVERSAS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL	
	MANDÍBULA		
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos		
	Em grau mínimo	05	
	Em grau médio	10	
	Em grau máximo	20	
	NARIZ		
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25	
	Perda total do olfato	07	
	Perda do olfato com alterações gustativas	10	
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO		
	Diplopia	15	
	Lesões das vias lacrimais		
	Unilateral	07	
	Unilateral com fístulas	15	
	Bilateral	14	
	Bilateral com fístulas	25	
	Lesões da pálpebra		
	Ectrópio unilateral	03	
	Ectrópio bilateral	06	
	Entrópio unilateral	07	
Entrópio bilateral	14		
Má oclusão palpebral unilateral	03		
Má oclusão palpebral bilateral	06		
Ptose palpebral unilateral	05		
Ptose palpebral bilateral	10		
APARELHO DA FONAÇÃO			
Perda da palavra (mudez incurável)	50		
Perda de substância (palato mole e duro)	15		
SISTEMA AUDITIVO			
Amputação total de uma orelha	08		
Amputação total das duas orelhas	16		
PERDA DO BAÇO			
APARELHO URINÁRIO			
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15		
Cistostomia (definitiva)	30		
Incontinência urinária permanente	30		
Perda de um rim, com rim remanescente			
com função renal preservada	30		
Redução da função renal (não dialítica)	50		
Redução da função renal (dialítica)	75		
Perda de rim único	75		

INVALIDEZ PERMANENTE DIVERSAS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	Paralisia de uma corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)	
	com função respiratória preservada	15
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25
com redução em grau médio da função respiratória	50	
com insuficiência respiratória	75	
MAMAS (FEMININAS)		
Mastectomia unilateral	10	
Mastectomia bilateral	20	
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)		
Gastrectomia subtotal	20	
Gastrectomia total	40	
INTESTINO DELGADO		
Ressecção parcial	20	
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou	40	
INTESTINO GROSSO		
Colectomia parcial	20	
Colectomia total ou definitiva	40	
RETO E ÂNUS		
Incontinência fecal sem prolapso	30	
Incontinência fecal com prolapso	50	
Retenção anal	10	
FÍGADO		
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10	
Lobectomia com insuficiência hepática	50	
Extirpação da vesícula biliar	07	
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS		

	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Síndrome pós-concussional	05

- c) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- d) Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- e) Quando do mesmo crime 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).
- f) 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.
- g) Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do crime, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- h) A invalidez permanente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado a tanto se negue.
- i) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. 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.
- j) As indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente por Crime não se acumulam, em consequência de um mesmo Crime. Se, depois de pagar a indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo Crime, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Crime.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- a) Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo crime;
- b) Perda de dentes e os danos estéticos;
- c) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o crime tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro;

- d) Crime praticado por cônjuge/companheiro, descendentes, ascendentes ou colaterais até o 4º (quarto) grau do Segurado, bem como quaisquer pessoas que com ele residam ou que dele dependam economicamente;
- e) Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;
- f) Qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- 4.1. O valor segurado contratado é a importância máxima a ser indenizada por sinistro, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 4.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do crime que deu origem ao sinistro.
- 4.3. No caso de invalidez parcial o valor segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 4.4. A indenização por invalidez permanente e morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo crime, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor segurado por morte.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

- a) cópia do RG ou CNH do segurado
- b) cópia ou número do CPF do segurado
- c) cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
- d) cópia de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- e) cópia do boletim de ocorrência
- f) cópia do exame de corpo de delito
- g) cópia de todos os exames e relatórios médicos que estejam relacionados com a lesão / sequela
- h) cópia do relatório médico contendo data do diagnóstico, evolução do quadro clínico, data da caracterização da invalidez permanente e data da alta médica
- i) cópia do comprovante de vínculo empregatício do segurado (no mês do evento), se aplicável

para os casos onde o segurado necessitou de interdição judicial (curatela), anexar, além dos documentos acima:

- a) cópia do RG ou CNH do curador
- b) cópia ou número do CPF do curador
- c) cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do curador
- d) autorização de pagamento do curador nomeado
- e) cópia autenticada da interdição judicial (curatela definitiva)
- f) cópia de um comprovante dos dados bancários do curador (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

6. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, No caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

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 mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

7. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado. No caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL DECORRENTE DE CRIME

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Segurado, caso fique total e permanentemente inválido, em decorrência direta e exclusiva de crime, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua contratação, quando da alta médica definitiva e observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. O risco coberto por esta cobertura é a invalidez permanente do Segurado, relativa à perda ou à impotência funcional definitiva e total, de membros ou órgãos, por lesão física, causada direta e exclusivamente por crime coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nestas Condições Especiais e nas demais condições contratuais.

2.2. Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total os eventos relacionados abaixo, mediante comprovação por laudo médico, e desde que tais lesões sejam não passíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e ocorridos durante a vigência da apólice:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os braços;
- c) Perda total do uso de ambas as pernas;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total incurável; e
- i) Nefrectomia bilateral por acidente.

c) **Não ficando abolidas por completo as funções dos membros ou órgãos lesados, a indenização por invalidez permanente total não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.**

d) No caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do crime, o grau de invalidez pré-existente será percentualmente deduzido para fins de indenização.

e) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. 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.

f) A invalidez permanente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade, subscrita por profissional habilitado na sua especialização. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para

comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado a tanto se negue.

- g) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o Capital Segurado será limitado a 100% (cem por cento).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- a) Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo crime;
- b) Perda de dentes e os danos estéticos;
- c) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o crime tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro;
- d) Crime praticado por cônjuge/companheiro, descendentes, ascendentes ou colaterais até o 4º (quarto) grau do Segurado, bem como quaisquer pessoas que com ele residam ou que dele dependam economicamente;
- e) Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;
- f) Qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso.

Esta garantia não cobre situações de invalidez sofridas pelo segurado diferentes das discriminadas no item 2.2 destas Condições Especiais, qualquer que seja o grau e ainda que decorrente de acidente.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- 4.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada No caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 4.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do crime que deu origem ao sinistro.
- 4.3. A indenização por invalidez permanente total e morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total, o seguro individual será cancelado.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM
- b) cópia do RG ou CNH do segurado
- c) cópia ou número do CPF do segurado
- d) cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
- e) cópia de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- f) cópia do boletim de ocorrência
- g) cópia do exame de corpo de delito

- h) cópia de todos os exames e relatórios médicos que estejam relacionados com a lesão / sequela.
- i) cópia do relatório médico contendo data do diagnóstico, evolução do quadro clínico, data da caracterização da invalidez permanente e data da alta médica
- j) cópia do comprovante de vínculo empregatício do segurado (no mês do evento), se for o caso

para os casos onde o segurado necessitou de interdição judicial (curatela), anexar, além dos documentos acima:

- a) cópia do RG ou CNH do curador
- b) cópia ou número do CPF do curador
- c) cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do curador
- d) autorização de pagamento do curador nomeado
- e) cópia autenticada da interdição judicial (curatela)
- f) cópia de um comprovante dos dados bancários do curador (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

6. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, No caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

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 mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

7. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado. No caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIH)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao segurado, no caso de internação hospitalar decorrente de acidente ou doença, observadas as condições gerais e contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização relativo ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias contratadas e observadas a carência e/ou franquia, quando previstas no Bilhete.

2.1.1. Internação Hospitalar é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

2.2. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada e o período de internação.

2.3. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidos no Bilhete, o que ocorrer primeiro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as despesas decorrentes de:

- a) doenças e acidentes 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 sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- b) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
- c) cirurgia para correção de fimose;
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- e) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- g) cirurgias plásticas em geral, estéticas ou não, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;
- h) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora ou emagrecimento e suas consequências;
- i) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;

- j) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- k) tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- l) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
- m) tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- n) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up;
- o) internação para doação de órgãos ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
- p) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia, doenças mentais, inclusive o “stress”;
- q) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- r) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- s) internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica, exceto se a internação for decorrente de acidente pessoal coberto;
- t) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- u) internação domiciliar;
- v) quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
- w) investigação diagnostica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- x) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, que der origem à sua internação;
- y) 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 risco não excluído;
- z) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

aa) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo.

4. CARÊNCIA

Haverá carência de até 60 (sessenta) dias em caso de internação por doença.

5. FRANQUIA

Poderá ser estabelecida franquias para esta cobertura, contados a partir da data de hospitalização, conforme descrito nas condições contratuais e no bilhete. A cobertura só será devida a partir do primeiro dia após o período de franquias.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- 6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, respeitado o número de diárias contratadas, conforme estabelecido no Bilhete e vigente na data do evento.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data da internação que deu origem ao sinistro.
- 6.3. A indenização corresponderá ao pagamento de um valor diário fixo por dia de hospitalização do Segurado em consequência de acidente ou doença coberta, após aplicação do período de franquias.
- 6.4. A reintegração do capital é automática após cada sinistro.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

- a) cópia simples do RG ou CNH do segurado
- b) cópia simples ou número do CPF do segurado
- c) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
- d) relatório ou laudo preenchido e assinado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários, comprovando o período de internação
- e) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

8. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE (DIH-ACIDENTE)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao segurado, no caso de internação hospitalar decorrente exclusivamente de acidente, observadas as condições gerais e contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Esta cobertura consiste no pagamento de indenização relativo ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias contratadas e observadas a carência e/ou franquia, quando previstas no Bilhete.

2.1.1. Internação Hospitalar é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

2.2. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada e o período de internação.

2.3. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidos no Bilhete, o que ocorrer primeiro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as despesas decorrentes de:

- a) internação em decorrência de doença;
- b) acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- c) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
- d) cirurgia para correção de fimose;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- f) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- h) cirurgias plásticas em geral, estéticas ou não, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;
- i) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- j) tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto no caso de acidentes;

- k) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up;
- l) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia, doenças mentais, inclusive o “stress”;
- m) tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- n) internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica, exceto se a internação for decorrente de acidente pessoal coberto;
- o) tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- p) internação domiciliar;
- q) quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
- r) investigação diagnostica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- s) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, que der origem à sua internação;
- t) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo.

4. CARÊNCIA

4.1. Não há carência para eventos decorrente de acidente.

5. FRANQUIA

5.1. Poderá ser estabelecida franquia para esta cobertura, contados a partir da data de hospitalização, conforme descrito nas condições contratuais e no bilhete. A cobertura só será devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, respeitado o número de diárias contratadas, conforme estabelecido no Bilhete e vigente na data do evento.

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data da internação que deu origem ao sinistro.

6.3. A indenização corresponderá ao pagamento de um valor diário fixo por dia de hospitalização do Segurado em consequência de acidente coberto, após aplicação do período de franquia.

6.4. A reintegração do capital é automática após cada sinistro.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

- a) cópia simples do RG ou CNH do segurado

- b) cópia simples ou número do CPF do segurado
- c) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
- d) Relatório ou laudo preenchido e assinado pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários, comprovando o período de internação
- e) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

8. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao Beneficiário, no caso do segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, de exercer sua profissão ou ocupação, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Esta cobertura consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar **sob tratamento médico** que o impossibilite, de forma **contínua e ininterrupta**, de exercer sua profissão ou ocupação, observado o limite máximo por evento e a carência e/ou franquia, quando previstas.

Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve em tratamento médico, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidos no bilhete, o que ocorrer primeiro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 4. NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS), das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

4.1 Poderá ser estabelecida carência para eventos decorrentes de doença.

5. FRANQUIA

5.1. Poderá ser adotado período de franquia, a contar da data do evento, conforme estabelecido no Bilhete.

5.2. O período de franquia para eventos decorrentes de doença ou acidente pessoal poderá ou não ser o mesmo.

5.3. O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, respeitado o número de diárias contratadas, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento coberto.

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data da constatação da incapacidade física total e temporária do Segurado.

6.3. O pagamento da indenização será realizado mensalmente, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária do Segurado, limitado ao número de diárias cobertas.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Documento de identificação do Segurado (RG ou CNH);
- b) Exames realizados que comprovem a incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional;
- c) Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Boletim de Ocorrência Policial se houver;
- e) Documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade.
- f) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

9. CONDIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas ao Segurado, no caso de acidente pessoal sofrido pelo mesmo, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Está coberto o reembolso, limitado ao capital segurado, das **despesas médicas, hospitalares e odontológicas** efetuadas pelo Segurado para seu tratamento:

2.2. Consideram-se despesas médicas, hospitalares e odontológicas, aquelas efetuadas pelo Segurado, para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto. Estão cobertas as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares incorridas, a critério médico e necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os critérios a seguir:

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

b) As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado e respeitando-se o capital segurado.

c) Desde que preservada a livre escolha, a Seguradora pode estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

2.3. Pelo mesmo fato gerador, somente serão pagas despesas médicas, hospitalares e odontológicas, até o limite do capital segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as despesas decorrentes de:

a) Doenças;

b) Acidentes médicos;

c) Exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;

d) Acidentes decorrentes de viagens em aeronaves ou embarcações:

• Que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação;

• Dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou

• Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.

e) Danos estéticos;

f) Aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;

- g) Prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;
- h) Utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético;
- i) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- j) Gravidez, do parto ou de aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- k) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- l) Choque anafilático e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- m) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- n) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- o) Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data na qual foi efetuada a despesa médica, hospitalar e/ou odontológica.
- 6.3. A reintegração do capital é automática após cada acidente, até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Carteira de Identidade ou CNH e CPF do Segurado;
- b) Comprovante de residência do segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- c) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- e) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- f) Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- g) Comprovantes originais de despesas médicas, hospitalares, odontológicas, farmacêuticas, entre outras, bem como a receita médica e os relatórios do(s) médico(s) assistente(s).
- h) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

9. CONDIÇÕES GERAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTE DE CRIME

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas ao Segurado, no caso de ocorrência de crime sofrido pelo segurado, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. Está coberto o reembolso, limitado ao valor segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, exclusivamente decorrente de crime coberto.
- 2.2. Consideram-se despesas médicas, hospitalares e odontológicas, aquelas efetuadas pelo Segurado, para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do crime. Estão cobertas as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares incorridas, a critério médico e necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os critérios a seguir:
 - a) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
 - b) As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado e respeitando-se o valor segurado.
 - c) Desde que preservada a livre escolha, a Seguradora pode estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.
- 2.3. Pelo mesmo crime, somente serão pagas despesas médicas, hospitalares e odontológicas, até o limite do capital contratado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS) das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as despesas decorrentes de:

- a) Doenças desencadeadas ou agravadas pelo crime, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - b) Exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pela causa do crime;
 - c) Danos estéticos;
 - d) Aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem às órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente;
 - e) Prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes do crime, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;
- 2 Utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético;
 - 3 Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de crime;
 - 4 Gravidez, do parto ou de aborto, exceto quando diretamente decorrente de crime;

- 5 Perturbações e cações alimentares de qualquer espécie;
- 6 Choque anafilático e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de crime;
- 7 Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- 8 Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
- 9 Crime praticado por descendente, ascendentes e cônjuge/companheiro do Segurado, bem como quaisquer pessoas que com ele residam ou que dele dependam economicamente;
- 10 Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;
- 11 Qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- 4.1. O valor segurado contratado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 4.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do crime que deu origem ao sinistro.

5. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 5.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado em consequência do respectivo evento coberto.
- 5.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
 - I. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado e limite máximo de indenização da cobertura;
 - II. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o inciso I dessa cláusula;
 - III. Se a quantia a que se refere o inciso II desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;
 - IV. Se a quantia a que se refere o inciso II for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele inciso.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal;
- b) cópia do boletim de ocorrência policial
- c) cópia do exame de corpo de delito
- d) cópia do RG ou CNH do segurado
- e) cópia ou número do CPF do segurado
- f) cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
- g) cópia do laudo dos exames realizados que comprovem o diagnóstico;
- h) cópia de notas fiscais, recibos e outros comprovantes de despesas médicas, hospitalares;
- i) cópia das receitas médicas.

7. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterada expressamente por estas Condições Especiais.

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

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Segurado, caso sofra invalidez funcional permanente total em consequência de doença, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. O risco coberto por esta cobertura é a invalidez funcional permanente total em consequência exclusiva de doença coberta, que cause a perda da existência independente do Segurado.

2.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de um dos quadros clínicos incapacitantes abaixo, decorrente exclusivamente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado e que deverão ser comprovados através dos parâmetros e documentos especificados no item 5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS destas Condições Especiais:

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

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

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

2.3 Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, que integra estas Condições Especiais, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O IAIF é composto por duas tabelas:

a) Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que avalia, através de 3 escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida.

- 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.

- Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

- Todos os atributos constantes na primeira tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, enquadrando cada atributo em apenas uma graduação.

b) Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que mensura cada uma das situações ali previstas.

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

2.4 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença para fins desta cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados Na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)**, constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;
- c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4. CARÊNCIA

Poderá ser estabelecida carência para eventos decorrentes de doença.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento e será realizado sob a forma de pagamento único.
- 6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data indicada na declaração médica. A data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será registrada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 6.3. Após o pagamento da indenização, o bilhete será cancelado, com a consequente devolução de prêmios eventualmente pagos após essa data, devidamente atualizados a partir da data de recebimento.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Relatório ou Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, assinado pelo médico do segurado, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato em que foi atingido o estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante coberto;
- b) Carteira de Identidade ou CNH e CPF do Segurado;
- c) Comprovante de residência do segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- d) Relatório do 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.
- e) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.
- f) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

O Segurado deve facilitar os meios para obtenção dos documentos necessários à regulação do sinistro.

8. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

9. BENEFICIÁRIO

9.1 O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

9.2 Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

10. CONDIÇÕES GERAIS

10.1 Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

11. DEFINIÇÕES DE TERMOS UTILIZADOS NA COBERTURA DE 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.

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

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 : no caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

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 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 Segurado com o meio externo. **Fatores de Risco e Morbidade** : aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Hígido: saudável.

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 do 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, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

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

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF TABELA 1
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E
DE ESTADOS
CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

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

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRASTARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD) sem exclusão do segurado da Apólice

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o pagamento de indenização ao Segurado, caso sofra invalidez funcional permanente total em consequência de doença, **exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais do seguro.**

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. O risco coberto por esta cobertura é a invalidez funcional permanente total em consequência exclusiva de doença coberta, que cause a perda da existência independente do Segurado.
- 2.2. Para todos os efeitos desta cobertura é considerada perda de existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.
- 2.3. Está coberta a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:
- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
 - c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
 - e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) Deficiência visual, decorrente de doença proveniente de:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- a) Estados mórbidos, decorrentes de doença, que acarretem:
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- b) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

2.4. Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, que integra estas Condições Especiais, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O IAIF é composto por duas tabelas:

- a) Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, que avalia através de 3 escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida.
- 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.
 - Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

- Todos os atributos constantes na primeira tabela serão obrigatoriamente, avaliados e pontuados, enquadrando cada atributo em apenas uma graduação.
- b) Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que mensura cada uma das situações ali previstas.
- Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.
- 2.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público – privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprova a Invalidez Funcional Permanente Total por doença para fins desta cobertura.
- 2.6. A Seguradora se reserva o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiam 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.
- 2.7. A Seguradora se reserva também o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez total e permanente por doença e/ou avaliação do seu nível de incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.
- 3. RISCOS EXCLUÍDOS**
- 3.1. Além dos riscos mencionados na cláusula 4. NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS), constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:**
- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
 - b) A invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pela Segurado;
 - c) Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais (etiologia);
 - d) As doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indiretamente, em qualquer expressão, com

- atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;
- e) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
 - f) As doenças nas quais se documente alguma interação ou intercorrência relacionada a traumatismos e/ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e/ou posturas viciosas;
 - g) Os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
 - h) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item 2. Riscos Cobertos destas Condições Especiais;

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento e será realizado sob a forma de pagamento único.
- 4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data indicada na declaração médica. A data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será registrada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 4.3. Após o pagamento da indenização, o segurado permanecerá na apólice, o valor do prêmio será ajustado de acordo com as coberturas remanescentes, a partir da respectiva data de pagamento da indenização.

5. CARÊNCIA

- 5.1. Poderá ser estabelecida a carência máxima de 180 (cento e oitenta) dias para esta cobertura.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :
 - a) Aviso de Sinistro e questionários fornecidos pela Seguradora, integralmente preenchido e assinado pelo Segurado e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, comunicando à Seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante;
 - b) Relatório ou Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, assinado pelo médico do segurado, com firma reconhecida, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato em que foi atingido o estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante coberto;

- c) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Comprovante de residência do segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- e) Relatório do 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;
- f) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

6.2. O Segurado deve facilitar os meios para obtenção dos documentos necessários à regulação do sinistro.

7. JUNTA MÉDICA

- 7.1. A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.
- 7.2. Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.
- 7.3. Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois médicos nomeados.
- 7.4. Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 7.5. 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.

8. BENEFICIÁRIO

- 8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

8.2. Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

9. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA 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 PREJÚZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

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

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRACTARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

10. GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NA COBERTURA DE IFPD:

- **Agravo Mórbito:** 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.
- **Auxílio:** ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- **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:** no caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- **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 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 Segurado com o meio externo.
- **Fatores de Risco e Morbidade :** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- **Hígido:** saudável.
- **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 do 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, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- **Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- **Transferência Corporal :** capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

11. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 11.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do capital segurado, de uma única vez, em decorrência de **diagnóstico de alguma das doenças** devidamente especificadas nestas condições especiais, observada a carência.

2. RISCOS COBERTOS

DOENÇAS GRAVES COBERTAS:

2.1. CÂNCER (NEOPLASIA)

2.1.1. Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas.

O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres, conforme definição, com exceção dos abaixo especificados:

- a) Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignos, qualquer grau / estágio de neoplasia intraepitelial cervical (NIC: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer) – displasia do colo uterino.
- b) Qualquer tipo de câncer de pele, tais como o carcinoma basocelular e o carcinoma de células escamosas, que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow.
- c) Câncer de próstata abaixo do estágio T2 N0 M0 pela classificação TNM.
- d) Sarcoma de Kaposi ou qualquer outro tumor maligno diagnosticado em um portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças.

2.2. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

2.2.1. Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco como consequência de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e se basear na ocorrência concomitante de: histórico de dores torácicas típicas; alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG), e elevação das enzimas cardíacas troponinas e de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) Quadro de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST (pedaço do traçado obtido no eletrocardiograma (ECG)).
- b) Quadro de infarto do miocárdio somente com elevação da troponina “I” ou “T” (proteínas que existem no músculo cardíaco que são usadas como marcadores de lesão celular (infarto)).
- c) Outras síndromes coronarianas agudas (conjunto de sinais e sintomas característicos, causados por doença ou distúrbio das artérias coronárias) como angina (dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco) estável ou instável.
- d) Infarto do miocárdio antigo ou silencioso.
- e) Infarto antigo: infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado.
- f) Infarto silencioso: infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.

2.3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

2.3.1. Doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente seqüela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso encefálico com extravasamento de sangue (hemorragia) ou pela obstrução de um vaso encefálico. Inclui-se na garantia o AVC provocado por embolização de vaso encefálico originada de fonte extracraniana.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro neurológico típico e exames de imagem como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudo de circulação cerebral.

As seqüelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e passíveis de verificação por meio de exames especializados para confirmação do diagnóstico.

Embolização de vaso encefálico: processo em que um êmbolo (coágulo, gordura, etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso do encéfalo de calibre menor.

Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo).

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) **AVC isquêmico transitório e síndromes correlatas (p.ex. isquemia cerebral transitória – ICT)**: situações em que o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído, deixando de irrigar temporariamente uma parte do tecido cerebral, mas que são reversíveis; geralmente causadas por espasmos arteriais.
- b) **Traumatismos crânio encefálicos** : danos cerebrais causados por traumas, como asfixia.
- c) **Infartos cerebrais lacunares sem déficit neurológico**: pequenas áreas correspondentes a infartos do tecido cerebral, visíveis nos exames de imagem, porém em territórios que não causam sequelas neurológicas, ou seja, não têm repercussão clínica.
- d) **Enxaquecas com sintomas neurológicos**.
- e) **Sequela neurológica caracterizada exclusivamente por distúrbios cognitivos / psiquiátricos que não configurem incapacidade para vida cível (sem curatela definitiva)**. Distúrbios cognitivos: distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.

2.4. INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL

2.4.1. Insuficiência renal terminal é a etapa final de diversas doenças renais, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico nefrologista e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

Não estão compreendidos por esta cobertura os quadros transitórios de insuficiência renal, mesmo que ainda realizado tratamento de diálise.

2.5. TRANSPLANTE DE ÓRGÃO

2.5.1. Procedimento cirúrgico em que o segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial.
- b) Transplantes de órgão de animais, não humanos.
- c) Autotransplante de medula óssea.
- d) Transplante de células-tronco (células embrionárias).
- e) Transplante de células beta do pâncreas.
- f) Transplante de órgãos não mencionados no primeiro parágrafo deste item 2.5.1.

2.6. DOENÇA DE ALZHEIMER

2.6.1. Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer – demência pré-senil – antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista ou psiquiatra e confirmado por achados típicos nos exames clínicos (testes cognitivos) e de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons), de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas. Para caracterização desta cobertura, o segurado deve apresentar quadro de demência avançada que demande supervisão e cuidados constantes de terceiros e o invalide definitivamente para vida cível.

Outra maneira de caracterização desta cobertura é a Doença de Alzheimer deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro.
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa.
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene.
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano.
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino.
- f) Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida.

O quadro de demência avançada deve ser comprovado com apresentação de termo de curatela definitiva. As incapacidades para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) Outros quadros de demência que não sejam considerados como decorrentes da Doença de Alzheimer.
- b) Diagnóstico isolado de Doença de Alzheimer, que não resulte em quadro de sequelas incapacitantes para a vida cível ou para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

11.7. DOENÇA (OU MAL) DE PARKINSON

11.7.1. Diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson primária ou idiopática, antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista e confirmado por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas. Para caracterização desta cobertura, a Doença de Parkinson deve resultar em sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito – incapacidade de se levantar sem ajuda externa – e que demandem supervisão e cuidados constantes de terceiros.

Outra maneira de caracterização desta garantia é a Doença de Parkinson deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro.
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa.
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene.
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano.
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino.
- f) Alimentar-se – capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida.

A restrição ao leito e as incapacidades para as atividades da vida diária devem ser clinicamente documentadas para confirmação do diagnóstico. Doença de Parkinson primária ou idiopática: sem causa conhecida.

Não estão compreendidos por esta cobertura os seguintes eventos:

- a) Todas as outras formas de Parkinsonismo que não a Doença de Parkinson primária ou idiopática, como as decorrentes de uso de medicamentos e de trauma crânio encefálico.
- b) Diagnóstico isolado de Doença de Parkinson primária ou idiopática, que não resulte em quadro de sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito ou o incapacitem para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

2.7.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson, com restrição ao leito ou incapacidades para atividades da vida diária, conforme definição.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)**, das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de carência, se aplicável, constará no bilhete e será de no máximo 2 (dois) anos. Não terá direito à indenização o Segurado que for acometido por doença grave durante o Prazo de Carência.
- 4.2. O período de carência também será aplicado aos casos de aumento de capital segurado após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do diagnóstico positivo da doença grave coberta.
- 6.3. Com o pagamento de indenização por sinistro com o segurado principal, o bilhete de seguro será automaticamente cancelado, não havendo reintegração do capital segurado.
- 6.4. A indenização por Doenças Graves e Morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por doença grave coberta, ocorrer a morte do Segurado em consequência da mesma doença, a importância já paga será deduzida do capital segurado por morte.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas** :

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora;
- b) Documento de identificação do Segurado (RG ou CNH);
- c) exame laboratorial que diagnosticou a doença e relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas que possibilitem o enquadramento do diagnóstico e estágio da patologia de que o segurado é portador nos critérios de indenização previstos para a cobertura pleiteada;
- d) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

9. CONDIÇÕES GERAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado, caso o mesmo necessite de **transplante de órgãos** .

Entende-se por:

- 1.1. **Transplante de Órgãos:** necessidade médica de recepção de transplante, em função da perda irreversível da função dos seguintes órgãos: medula óssea, fígado, coração, pâncreas, pulmão, córnea ou rim.
- 1.2. **Lista de espera de transplante de órgãos:** a relação controlada pela Secretaria da Saúde onde são armazenados, em ordem cronológica, os dados das pessoas que precisam receber transplante(s) de órgão(s).

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a o transplante de algum dos órgãos, do Segurado, definidos no item 1.1., ocorrido durante a vigência da cobertura. **Somente haverá cobertura para o primeiro transplante realizado, desde que comunicado à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)**, constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) transplantes não especificados no item 1.1.

4. CARÊNCIA

O período de carência, se aplicável, constará no bilhete e será de no máximo metade do prazo de vigência do seguro. Não terá direito à indenização o Segurado que necessite de transplante de órgão(s) durante o Prazo de Carência.

O período de carência também será aplicado aos casos de aumento de capital segurado após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado

5. FRANQUIA

Não haverá franquias para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data da Declaração Médica confirmando a necessidade da realização de transplante.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Documentos do beneficiário: Carteira de Identidade, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- b) Formulário de Declaração Médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença;
- c) Cópia autenticada do documento de inscrição na lista de espera de transplante de órgãos da secretaria da saúde;
- d) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

9. CONDIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO DE CAPITAL POR MORTE EM CASO DE DOENÇA EM FASE TERMINAL

1. OBJETIVO

Garantir a antecipação do pagamento do capital segurado contratado para a cobertura de MORTE, ao Beneficiário, quando o **segurado se encontrar em fase terminal ocasionada por doenças**, observadas às condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura consiste em garantir o adiantamento do capital segurado contratado para cobertura de morte mediante solicitação do segurado ou de seu representante legal, quando o segurado se encontrar em fase terminal ocasionada por doenças.

Considera-se "paciente em fase terminal" o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte.

A solicitação desta cobertura será feita mediante atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo estimado de sobrevivência do segurado, atestado este que deverá vir acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes, ressalvado o direito da seguradora de submeter o segurado a exames médicos ou complementares por profissionais de sua indicação.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 4. NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS), das Condições Gerais deste seguro.

4. CARÊNCIA

Poderá ser estabelecida carência para eventos decorrentes de doença.

O período de carência, se aplicável, constará no bilhete e será de no máximo metade do prazo de vigência do seguro. Não terá direito à indenização o Segurado que **se encontrar em fase terminal ocasionada por doenças** durante o Prazo de Carência.

O período de carência também será aplicado aos casos de aumento de capital segurado após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do diagnóstico da fase terminal por doença.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora em vias originais ou cópias :

- a) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade, CNH, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- b) Carteira de Identidade ou CNH e CPF do Segurado;
- c) Relatório ou Declaração Médica indicando a diagnóstico da moléstia.
- d) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no bilhete, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
 - 8.1.1. O segurado poderá ser também beneficiário deste seguro.
- 8.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 8.3. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago conforme determinado em lei.
- 8.4. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.
- 8.5. Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, o seguro será cancelado.

9. CONDIÇÕES GERAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE EMPREGO

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização no caso de **perda de emprego do Segurado** profissional com vínculo empregatício, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Está coberta a perda involuntária de emprego decorrente da dispensa sem justa causa do Segurado com vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho), desde que o mesmo comprove um período mínimo de **12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta horas) semanais na data do sinistro, observados os períodos de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais .**

Esta cobertura está limitada ao número de mensalidades seguradas e respectivos capitais e cessa no momento em que o Segurado obtiver novo vínculo empregatício.

O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda Involuntária de Emprego. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- b) Renúncia, perda voluntária do vínculo empregatício, demissões negociadas ou decorrentes de programas de desligamento voluntário;
- c) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- d) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- e) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- f) Término de contrato de trabalho por tempo determinado; e
- g) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- h) aqueles que se encontrarem em aviso prévio na data da inclusão no seguro;
- i) perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período.

4. CARÊNCIA

- 4.1. Haverá carência de **45 (quarenta e cinco) dias** para esta cobertura. As demissões ocorridas dentro do período de carência não estarão cobertas.

5. FRANQUIA

- 5.1. Haverá franquia de 15 (quinze) dias para esta cobertura, a partir da data de demissão.
- 5.2. A cobertura só será devida a partir do primeiro dia após o período de franquia, desde que o sinistro não tenha ocorrido no período de carência.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.
- 6.2. A indenização está limitada ao número de mensalidades consecutivas cobertas por evento e será suspensa no momento em que o Segurado obtiver novo vínculo empregatício, desqualificando a situação de sinistro coberto.
- 6.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data da dispensa sem justa causa que deu origem ao sinistro.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Carteira de Identidade ou CNH e CPF do Segurado;
- b) Comprovante de residência do Segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- c) Da carteira de trabalho: página da identificação visual (foto), página de qualificação civil, página do registro do contrato de trabalho (admissão e demissão) e páginas anterior e posterior à página do contrato de trabalho;
- d) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- e) Comunicação de Dispensa;
- f) Comprovação de que o Segurado permanece desempregado, após o pagamento de cada parcela da indenização.
- g) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

9. CONDIÇÕES GERAIS

- 9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (PROFISSIONAIS LIBERAIS E AUTÔNOMOS)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Segurado profissional liberal ou autônomo, no caso de perda de renda por incapacidade física total e temporária do mesmo, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Está coberta a incapacidade física total e temporária, involuntária e comprovada do Segurado, que cause o afastamento do mesmo das suas atividades profissionais, por motivo de acidente pessoal ou doença coberta, observados os períodos de carência e franquias desta cobertura e as demais condições contratuais.

Entende-se como incapacidade física total e temporária a impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

Esta cobertura está limitada ao número de diárias e respectivos capitais segurados contratados por evento e cessa no momento em que o Segurado obtiver alta médica.

O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Incapacidade Física Total e Temporária. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

Caso o segurado venha se tornar total e permanentemente inválido, seja por acidente ou doença, ficará automaticamente extinta a cobertura. Deverá haver um intervalo mínimo de 6 (seis) meses entre um evento de incapacidade física temporária e outro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- b) Gravidez, parto ou aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto.
- c) alterações psíquicas e mentais, compreendidas entre elas as consequentes ao uso/consumo de álcool e seus derivados, drogas ilícitas e seus derivados, drogas medicamentosas psicoativas ou psicoestimulantes ou substâncias entorpecentes;
- d) ceratotomia radial e demais condutas refrativas, mesmo que decorrentes de acidentes pessoais;
- e) Cirurgias plásticas em geral, salvo as restauradoras de função orgânica e as resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro, que requeiram reparação anatômica e as demais reconstrutoras inseridas como coadjuvante dos tratamentos cirúrgicos das neoplasias malignas;

- f) Cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;
- g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com a finalidade estética, embelezadora, cosmética ou social e ainda aqueles relacionados aos métodos de manutenção/alteração voluntários da anatomia corporal, com ou sem finalidade de rejuvenescimento, mesmo que haja indicação médica paralela, exceto nas condições previstas no item anterior, quando necessários à restauração/reparação/reconstrução da função de algum órgão ou membro, alterada em razão de evento ocorrido na vigência do Seguro;
- h) Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou por qualquer método considerados não éticos, assim como, aqueles não reconhecidos pelos órgãos de fiscalização e normatização da medicina no País, incluindo-se os experimentais, os não referendados e os demais liberados sob quaisquer ressalvas restritivas;
- i) Quaisquer tratamentos e suas consequências, em qualquer tempo, para emagrecimento mesmo que para obesidade mórbida;
- j) Tratamentos para senilidade e outras manifestações senis, repouso, convalescença física e/ou psíquica, qualquer que seja a origem, mesmo com indicação médica;
- k) Tratamentos odontológicos e buco-maxilo-faciais de qualquer espécie, origem ou indicação, mesmo que, em consequência de acidente pessoal;
- l) Infecções oportunistas, condições infecciosas recidivantes e doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, inclusive a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e suas consequências.
- m) Epidemias e endemias declaradas por órgão competente, assim como suas decorrências;
- n) Eventos decorrentes de doenças e ou acidentes pessoais ocorridos antes do início de vigência do risco individual ou durante o período de carência estabelecido nas Condições Contratuais.
- o) Eventos, ainda que cobertos, mas compreendidos no período de franquia estabelecido;
- p) Tratamentos e suas consequências em qualquer tempo, destinados a correção de infertilidade, esterilidade, impotência, assim como, aqueles destinados à anticoncepção, métodos contraceptivos e inseminação artificial, incluindo a realização de métodos diagnósticos invasivos à quaisquer das questões aqui relacionadas;
- q) Doenças ocupacionais incluindo as profissionais e as doenças do trabalho, abrangendo todas aquelas situações clínicas que tenham histórico médico anterior relacionado a condições em que haja/tenha havido, em qualquer tempo progresso, nexos causal positivo com a atividade profissional, inclusive quaisquer condições enquadradas sob a sigla LER-DORT-LTC (Lesão por Esforço Repetitivo – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – Lesões por Traumas Cumulativos).

4. CARÊNCIA

Haverá carência de 45 (quarenta e cinco) dias para eventos decorrentes de doença. Não se aplica a carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

5. FRANQUIA

Haverá franquia de 15 (quinze) dias para esta cobertura, a partir da data da incapacidade atestada pelo médico assistente do Segurado.

O Segurado só terá direito à cobertura e respectiva indenização a partir do primeiro dia após o período de franquia, desde que o sinistro não tenha ocorrido no período de carência.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.
- 6.2. A indenização está limitada ao número de diárias consecutivas cobertas por evento e será suspensa no momento em que o Segurado receber alta médica, desqualificando a situação de sinistro coberto.
- 6.3. O pagamento da indenização será realizado mensalmente, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária do Segurado, limitado ao número de diárias cobertas.
- 6.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data que for declarada a incapacidade física total e temporária do Segurado.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Carteira de Identidade ou CNH e CPF do Segurado;
- b) Comprovante de residência do Segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- c) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Boletim de Ocorrência Policial se houver;
- e) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- f) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento assinado pelo médico responsável; Exames que comprovem a incapacidade física total e temporária.
- g) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

8. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois médicos nomeados. Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

9. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado;

10. CONDIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE QUEBRA DE OSSOS

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Beneficiário, no caso de quebra de ossos, em consequência de um acidente pessoal, observadas as condições contratuais.

Entende-se como:

Fratura Completa: fratura cujo osso tenha rompido de uma extremidade até a outra.

Fratura Múltipla: mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso, ou a fratura de mais de um dos ossos no mesmo evento.

Fratura Complexa: fratura exposta (quando os tecidos moles subjacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior) ou fratura que tenha afetado seriamente a função de um órgão.

Fratura de Colles: fratura no osso rádio em nível do pulso.

Fratura de Dedos: no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.

2. RISCOS COBERTOS

O risco coberto por esta cobertura é a de Fratura de Ossos do segurado em consequência de um acidente pessoal ocorrido durante ao período de vigência do seguro.

O capital segurado para os diversos tipos de fraturas, incluídas nesta cobertura, serão de acordo os percentuais demonstrados abaixo, aplicados sobre o valor do capital segurado.

DISCRIMINAÇÃO	% Sobre a Importância Segurada
Quadril, Pelve, Pescoço	Até 10,00%
Crânio, Omoplata	Até 10,00%
Fêmur, Clavícula, Esterno	Até 10,00%
Úmero, Patela, Cotovelo	Até 10,00%
Antebraço, Perna, Mandíbula	Até 10,00%
Pulso, Malar, Tornozelo, Mãos, Pés	Até 10,00%
Vértebra, Costelas	Até 10,00%

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- Fratura de Ossos em consequência de osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína).
- Fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais um osso é quebrado através de uma área enfraquecida por uma doença, por um

grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tais como tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo.

4. CARÊNCIA

Não haverá carência para esta cobertura.

5. FRANQUIA

Não haverá franquia para esta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no bilhete e vigente na data do evento.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data fratura de ossos.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 14 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Carteira de Identidade e CPF, ou CNH do Segurado e comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado;
- b) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- c) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado
- e) Relatório atestando a fratura, anexando os exames realizados pelo Segurado, incluindo radiografia, e indicando a data do evento;
- f) Evidências radiológicas das fraturas e prontuário médico do primeiro atendimento.
- g) Autorização de crédito preenchida pelo segurado (formulário disponível no site)

8. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário deste seguro será o próprio segurado.

9. CONDIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor segurado contratado, de uma única vez, em decorrência de diagnóstico médico definitivo confirmado por exame histológico de malignidade por oncologista ou patologista, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos.

Entende-se como:

Câncer: Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelas sociedades médicas científicas especializadas.

Câncer ou Neoplasia Maligna Primário: Aquele que teve sua origem no próprio órgão.

Câncer ou Neoplasia Maligna in situ : É a doença neoplásica maligna, restrita ao tecido superficial ou de revestimento, não ultrapassando a membrana basal do tecido afetado.

2. RISCOS COBERTOS

3.1 A presente cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento da indenização, limitado ao valor segurado contratado, caso o Segurado receba o diagnóstico de câncer primário.

Somente haverá cobertura para o primeiro diagnóstico de câncer previsto nestas Condições Especiais, estando excluída a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de um câncer.

Não haverá a garantia de indenização se o diagnóstico do câncer for após a morte do segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)**, constante das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura Diagnóstico de Câncer os eventos decorrentes de:

- a) Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;
- b) Todos os cânceres não invasivos (in situ);
- c) Carcinoma micro-invasivo do útero ou do colo do útero;
- d) Qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus da imunodeficiência humana;
- e) Câncer existente antes do início de vigência da cobertura individual;

- f) Diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
- g) Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;
- h) Qualquer tipo de câncer benigno;
- i) Neoplasias existentes antes da data efetiva de início de vigência do seguro.

4. CARÊNCIA

- a. O período de carência, se aplicável, constará no bilhete e será de no máximo 2 (dois) anos. Não terá direito à indenização o Segurado que for acometido por doença grave durante o Prazo de Carência.
- b. O período de carência também será aplicado aos casos de aumento de capital segurado após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.

5. FRANQUIA

Não haverá franquias para esta cobertura.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

- a. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido no Bilhete e vigente na data do evento.
- b. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do diagnóstico de câncer confirmado por exames.
- c. Com o pagamento de indenização por sinistro com o Segurado principal, a presente cobertura de seguro será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do valor segurado.
- d. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.
- e. A cobertura de Diagnóstico de Câncer será cancelada na data do primeiro aniversário do seguro posterior à data em que o Segurado completar 71 (setenta e um) anos.
- i. Neste caso, o valor do prêmio relativo a esta cobertura não será mais devido a partir do cancelamento.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- a. Conforme cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são:
 - a) Cópia simples da Cédula de Identidade ou CNH, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
 - b) Exames complementares comprovando os diagnósticos e prontuário médico em caso de internações hospitalares;
 - c) Relatório médico devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida em cartório, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

d) Autorização de crédito preenchida pelo segurado, beneficiário ou representante legal (formulário disponível no site).

b. Caso haja solicitação de nova documentação, o prazo para liquidação de sinistros ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Seguradora.

8. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário desta cobertura é o próprio Segurado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DC)

1. OBJETIVO

1.1. Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao Segurado Principal, no caso de doença congênita de filho nascido após a contratação do seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais do seguro.**

2. RISCOS COBERTOS

2.1. O risco coberto por esta cobertura é o nascimento de filho do(a) Segurado(a) com doença congênita, durante a vigência do contrato do Segurado Principal.

2.2. Entende-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos macroscópicos observados ao nascimento e que necessitem acompanhamento médico com realização de tratamentos especializados.

2.3. 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)** das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoa com laços de dependência econômica ou que residam com ele, ainda que sejam médicos profissionais habilitados;
- b) Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

4.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data de constatação da doença congênita do filho do Segurado indicada na declaração médica.

4.3. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos serão segurados apenas uma vez, considerando-se dependentes do cônjuge de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cláusula.

4.4. Uma vez pagar a indenização por esta cobertura, se o filho do Segurado vier a falecer em decorrência de doença congênita diagnosticada, não será devida

qualquer indenização pela Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho(s), caso tenha sido contratada.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) Comprovante de residência do Segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- d) Carteira de Trabalho, Contrato de Trabalho ou outro documento oficial que comprove o vínculo empregatício do Segurado Principal junto ao Estipulante, quando o vínculo for empregatício;
- e) Certidão de Nascimento do filho segurado;
- f) Relatório do médico-assistente indicando a patologia e data em que esta foi oficialmente diagnosticada e detalhando o quadro clínico;
- g) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do diagnóstico da doença), incluindo laudos e resultados de exames.
- h) Declaração do médico assistente, atestando a doença congênita, indicando a data de seu início, causas, circunstâncias e evidências, acompanhada de exames laboratoriais e especializados, e laudos periciais que a comprovem.

5.2. O Segurado Principal compromete-se a submeter o filho à perícia médica, se requerida pela Seguradora.

5.3. A solicitação de documentos ou outras providências tomadas pela Segurado não caracterizam, por si só, obrigatoriedade de pagamento da indenização.

5.4. As despesas efetuadas com a comprovação da Doença Congênita de Filho correrão por conta do Segurado Principal, excluídas as realizadas pela Seguradora, a quem serão facultadas todas as medidas.

6. BENEFICIÁRIO

6.1. As indenizações decorrentes desta cláusula serão pagas ao Segurado Principal.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE (AX-M)

1. OBJETIVO

Garantir a indenização do valor segurado contratado, no caso da morte do Segurado, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Os riscos cobertos por esta cobertura são referentes ao reembolso de despesas relacionadas ao funeral, em razão de sua morte.

2.1. A cobertura poderá ser contratada em algum dos seguintes planos, e sua definição constará na apólice e no certificado individual de seguro:

- a) Individual: apenas o segurado principal.
- b) Familiar: segurado principal, cônjuge/companheiro e filhos, estes, nos mesmos moldes previstos conforme regulamentação do Imposto de Renda (IR), vigente na data do sinistro.

2.2. DESPESAS COBERTAS

Estão cobertas, até o limite do valor segurado contratado, as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos. **Não estão cobertas as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**

2.2.1. Nesta cobertura, o beneficiário do seguro será aquele que provar que arcou com as despesas do funeral.

2.2.2. Cabe aos beneficiários a escolha dos prestadores de serviço legalmente habilitados.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)**, das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os seguintes riscos:

- a) Custos de aquisição do jazigo.
- b) Locação e manutenção do jazigo.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

4.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice/certificado e vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor segurado, a data do falecimento.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

- a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal
- b) cópia do RG ou CNH do segurado

- c) cópia ou número do CPF do segurado
- d) cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
- e) cópia da certidão de óbito
- f) cópia do boletim de ocorrência
- g) cópia do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)
- h) cópia do último holerite, se aplicável ao seguro contratado
- i) ficha do empregado atualizado, se aplicável ao seguro contratado
- j) cópia do contrato social atualizado do estipulante

Para o reembolso das despesas, enviar também (a pessoa que pagou as despesas do funeral deverá informar os dados bancários na autorização de crédito):

- k) cópia do RG ou CPF do contratante das despesas
- l) cópia do CPF do contratante das despesas
- m) cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do contratante das despesas.
- n) notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral

6. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o responsável pelo pagamento das despesas funerárias cobertas.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL (AX-MA)

1. OBJETIVO

Indenizar o(s) Beneficiário(s) do seguro com o valor segurado contratado, no caso da morte acidental do Segurado, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Os riscos cobertos por esta cobertura são referentes à indenização de um Capital Segurado a título de auxílio funeral, em razão da morte do segurado por causas acidentais.

2.1. A cobertura poderá ser contratada em algum dos seguintes planos, e sua definição constará na apólice e no certificado individual de seguro:

- c) Individual: apenas o segurado principal.
- d) Familiar: segurado principal, cônjuge/companheiro e filhos, estes, nos mesmos moldes previstos conforme regulamentação do Imposto de Renda (IR), vigente na data do sinistro.

2.2. DESPESAS COBERTAS

Estão cobertas, até o limite do valor segurado contratado, as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos. **Não estão cobertas as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**

2.2.1. Nesta cobertura, o beneficiário do seguro será aquele que provar que arcou com as despesas do funeral.

2.2.2. Cabe aos beneficiários a escolha dos prestadores de serviço legalmente habilitados.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula 4. NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS), das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os seguintes riscos:

- c) Custos de aquisição do jazigo.
- d) Locação e manutenção do jazigo.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

4.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice/certificado e vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor segurado, a data do acidente que deu origem ao sinistro.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

- o) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal
- p) cópia do RG ou CNH do segurado
- q) cópia ou número do CPF do segurado
- r) cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
- s) cópia da certidão de óbito
- t) cópia do boletim de ocorrência
- u) cópia do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)
- v) cópia do último holerite, se aplicável ao seguro contratado
- w) ficha do empregado atualizado, se aplicável ao seguro contratado
- x) cópia do contrato social atualizado do estipulante

Para o reembolso das despesas, enviar também (a pessoa que pagou as despesas do funeral deverá informar os dados bancários na autorização de crédito):

- y) cópia RG ou CPF do contratante das despesas
- z) cópia do CPF do contratante das despesas
- aa) cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do contratante das despesas.
- bb) notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral

6. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o responsável pelo pagamento das despesas funerárias cobertas.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO DESPESAS

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), a título de auxílio despesa, caso o segurado venha a falecer durante a vigência do seguro.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. O risco coberto por esta cobertura é a morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência da cobertura de forma adicional ao da garantia de Morte.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além das exclusões descritas na cláusula 4. **NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)** das Condições Gerais deste seguro, estão também expressamente excluídos da cobertura:
- 3.2. - Prestações de serviços de qualquer espécie, ficando a seguradora responsável apenas pelo pagamento da indenização, quando devido;
- 3.3. - Indenização em forma de pagamento de serviços ou reembolso de despesas, qualquer que seja sua natureza.

4. Carência

- 4.1. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido nas Condições Contratuais.
- 4.2. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais cobertos, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro;
- 4.3. O período de carência constará no bilhete e na apólice e será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual

5. Franquia

Não haverá franquia para esta cobertura

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

7. DOCUMENTOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias** :

- a) Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

- c) Comprovante de residência do Segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- d) Carteira de Trabalho, Contrato de Trabalho ou outro documento oficial que comprove o vínculo empregatício do Segurado Principal junto ao Estipulante, quando o vínculo for empregatício;
- e) Certidão de Nascimento do filho segurado;
- f) Relatório do médico-assistente indicando a patologia e data em que esta foi oficialmente diagnosticada e detalhando o quadro clínico;
- g) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do diagnóstico da doença), incluindo laudos e resultados de exames.
- h) Declaração do médico assistente, atestando a doença congênita, indicando a data de seu início, causas, circunstâncias e evidências, acompanhada de exames laboratoriais e especializados, e laudos periciais que a comprovem.

7. BENEFICIÁRIO

7.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no bilhete, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

7.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro.

7.3. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago conforme determinado em lei.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por estas Condições Especiais.

Ficamos muito felizes por você ter chegado até aqui.
Agradecemos por escolher a Too Seguros!

Esperamos ter explicado todos os detalhes do seu seguro. Mas se ainda assim, você tiver dúvidas, entre em contato conosco.



Central de Atendimento via Telefone e Chat

0800 775 9191

tooseguros.com.br/fale-conosco

2ª via de documentos, cancelamentos, informações sobre apólices ou acionamento do seguro

Dias úteis | das 8h às 20h

Too Seguros S.A.

CNPJ: 33.245.762/0001-07 | Registro SUSEP: 665-3 | Av. Paulista, 1374 | Bela Vista | São Paulo | SP
SAC 24h 0800 776 2252 | 0800 776 2253 - Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou dificuldade de fala
Ouvidoria 0800 776 2254 - Exclusivo para casos não atendidos ou respostas insatisfatórias.
Dias úteis | das 9h às 18h (horário de São Paulo/SP)

Processo SUSEP Nº 15414.900269/2015-98
(condições gerais seguro pessoas individual bilhete)
Versão março/2023