

Você
nunca
está
sozinho.



Condições Gerais

Seguro de Pessoas
Vida e Acidentes
pessoais Coletivo

,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.



**Canais de
Relacionamento**

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 15414.005238/2011-06
(condições gerais Seguro Pessoas – Vida e Acidentes Pessoais Coletivo)
Versão janeiro/2023

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO DE PESSOAS VIDA E ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO	5
2. COBERTURAS DO SEGURO.....	5
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	6
4. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE.....	8
5. CAPITAL SEGURADO.....	8
6. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	8
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	9
8. VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO DA APÓLICE E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	10
9. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS.....	12
10. PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	13
11. CANCELAMENTO DO SEGURO	16
12. PERDA DE DIREITOS.....	17
13. BENEFICIÁRIOS.....	19
14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	20
15. PERÍCIA DA SEGURADORA.....	21
16. FORO	22
17. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	22
18. PRESCRIÇÃO	22
19. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE	22
20. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	24
21. DEFINIÇÕES GLOSSÁRIO.....	25
MORTE (M).....	31
MORTE ACIDENTAL (MA)	34
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	36
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	44
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	48
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	57
FUNERAL POR MORTE (AF-M).....	66
FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL (AF-MA)	70
CESTA BÁSICA POR MORTE (CB-M)	74
CESTA BÁSICA POR MORTE ACIDENTAL (CB-MA)	78
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)	82
PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – CLT (PRDI).....	86

PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (PRIF-AD).....	89
PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (PRIF-A)	95
PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL NO TRABALHO - CLT (PRIL-AT-ESTIPULANTE)	99
PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL NO TRABALHO - CLT (PRIL-AT-SEGURADO)	104
DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL E DOENÇA - CLT (DIT-AD-CLT)	110
DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL - CLT (DIT-AP-CLT)	116
RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO POR MORTE (RCT-M)	121
RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO POR MORTE ACIDENTAL (RCT-MA)	123
DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DC)	125
AUXÍLIO DESPESAS	128
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO (ET).....	130
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGES.....	132
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS.....	136
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	140

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO DE PESSOAS VIDA E ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. 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 observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais do seguro.

2. COBERTURAS DO SEGURO

- 2.1. Para fins deste seguro, consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convenionados nas Condições Especiais das coberturas abaixo, que tenham sido efetivamente contratadas pelo Segurado e ratificadas nas condições contratuais, com a indicação dos respectivos Capitais Segurados:

- a) Morte (M);
- b) Morte Acidental (MA);
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- e) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD);
- f) Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Sem exclusão do Segurado da Apólice;
- g) Funeral por Morte (AF-M);
- h) Funeral por Morte Acidental (AF-MA);
- i) Cesta Básica por Morte (CB-M);
- j) Cesta Básica por Morte Acidental (CB-MA);
- k) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMH);
- l) Perda de Renda por Desemprego Involuntário – CLT (PRDI);
- m) Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença - Profissional Liberal / Autônomo (PRIF-AD);
- n) Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente - Profissional Liberal / Autônomo (PRIF-A);
- o) Perda de Renda Por Incapacidade Laborativa Total e Temporária por Acidente Pessoal no Trabalho - CLT (PRIL-AT-Estipulante);
- p) Perda de Renda por Incapacidade Laborativa Total e Temporária por Acidente Pessoal no Trabalho - CLT (PRIL-AT-Segurado);
- q) Diária por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal ou Doença - CLT (PRIF-AD-CLT);
- r) Diária por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal - CLT (PRIF-A-CLT);
- s) Rescisão de Contrato de Trabalho por Morte (RCT-M);
- t) Rescisão de Contrato de Trabalho por Morte Acidental (RCT-MA);
- u) Doença Congênita de Filho (DC).
- v) Auxílio Despesas

- 2.2. Desde que ratificadas nas condições contratuais, as seguintes Cláusulas Suplementares poderão ser contratadas e serão reguladas por estas Condições Gerais e por condições próprias.
 - 2.2.1. Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge (de forma automática ou facultativa);
 - 2.2.2. Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos (de forma automática ou facultativa);
 - 2.2.3. Cláusula Suplementar de Inclusão de Membros da família (de forma facultativa).

- 2.3. Das coberturas descritas no item 2.1, as seguintes não poderão ser contratadas simultaneamente:
 - 2.3.1. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
 - 2.3.2. Funeral por Morte (ASF-M) e Funeral por Morte Acidental (ASF-MA);
 - 2.3.3. Cesta Básica por Morte (CB-M) e Cesta Básica por Morte Acidental (CB-MA);
 - 2.3.4. Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Sem exclusão do Segurado da Apólice.
 - 2.3.5. Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença - Profissional Liberal / Autônomo (PRIF-AD) e Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente - Profissional Liberal / Autônomo (PRIF-A);
 - 2.3.6. Perda de Renda por Incapacidade Laborativa Total e Temporária por Acidente Pessoal no Trabalho - CLT (PRIL-AT-Segurado); Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal ou Doença - CLT (PRIF-AD-CLT); e Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal - CLT (PRIF-A-CLT);
 - 2.3.7. Rescisão de Contrato de Trabalho por Morte (RCT-M) e Rescisão de Contrato de Trabalho por Morte Acidental (RCT-MA).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. 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 doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;
- e) De acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- f) 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 ou beneficiários do Estipulante ou seus respectivos representantes;
- g) De automutilações e lesões auto infligidas;
- h) Do suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual ou de sua recondução depois de suspenso ou ainda nos dois primeiros anos da data do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento;
- i) 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;
- j) De intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- k) 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;
- l) De dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior;
- m) Da participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
- n) Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esporte e/ou utilização de meio de transporte mais arriscado da prestação de serviço militar, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- o) De envenenamento em caráter coletivo;
- p) 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

- q) De sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios.

4. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE

- 4.1. São elegíveis para as coberturas efetivamente contratadas e discriminadas na apólice, todas as pessoas físicas que possuem vínculo com o Estipulante, com idades mínima e máxima estabelecidas no Contrato do Seguro e que se encontrem em perfeitas condições de saúde.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado é valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento, estabelecido no Contrato.
- 5.2. 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.
- 5.3. A aceitação, pela seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na 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. O capital segurado do componente dependente não poderá ser superior ao do componente principal.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 6.1. A existência de carência será estabelecida nas Condições Especiais das coberturas contratadas e o período de carência, se houver, será estabelecido na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, na Apólice e no Certificado Individual.
- 6.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do capital segurado, exceto se decorrente de reajuste monetário, na parte que se refere a esse aumento, ou da recondução do seguro, se suspenso, sendo estabelecido nas propostas, no Contrato, na apólice e no certificado individual, quando aplicado.
- 6.3. No caso de migração de apólice, não será iniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos capitais já contratados.
- 6.4. 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 dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do capital segurado, exceto se decorrente de reajuste monetário, na parte que se refere a esse aumento, ou de sua recondução depois de suspenso.

- 6.5. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência, exceto quando houver aumento do Capital Segurado, exceto se decorrente de reajuste monetário, na parte que se refere a esseamento.
- 6.6. Se suspenso ou excluído da apólice por qualquer motivo e, sendo novamente aceito no seguro mediante preenchimento de nova Proposta de Adesão, o Segurado deverá cumprir novos períodos de carência, salvo expressa menção em contrário na Apólice.
- 6.7. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura individual.
- 6.8. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.
- 6.9. Franquia é período contínuo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do seguro. O prazo de franquia, se houver, estará definido nas condições especiais de cada cobertura.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- 7.2. Este seguro será contratado ou alterado mediante aceitação da proposta de Contratação assinada pelo estipulante.
- 7.3. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, na qual o Proponente declara ter conhecimento prévio na íntegra das Condições Gerais e do Contrato do seguro, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 7.4. Com base nas declarações prestadas pelo Proponente na proposta de adesão do seguro, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.
- 7.5. Serão aceitas as propostas de adesão cujos proponentes satisfaçam os requisitos previstos e determinados nas demais condições contratuais.
- 7.6. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão, devidamente protocolada com data do recebimento, com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

- 7.7. A Seguradora poderá solicitar, apenas uma vez, caso o proponente do seguro seja pessoa física, ou mais de uma vez, se o proponente for pessoa jurídica e, neste caso, mediante indicação dos fundamentos do pedido de novos elementos, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação, devidamente protocolada com data do recebimento.
- 7.8. A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão. A aceitação do Proponente no seguro será caracterizada pela emissão do Certificado Individual, em seu nome, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais informações pertinentes ao seu seguro.
- 7.9. Se a Seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não-aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.
- 7.10. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má – fé.
- 7.11. Os proponentes portadores de deficiência deverão ressaltar o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da Seguradora.
- 7.12. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor à Seguradora para pagamento parcial ou total de prêmio, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta e a data da formalização da recusa, sendo o valor do adiantamento devido no momento dessa formalização e devendo ser restituído ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 7.13. A Seguradora, desde que faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

8. VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO DA APÓLICE E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 8.1. A apólice é emitida pelo prazo determinado e a renovação do seguro poderá ser realizada automaticamente, por igual período, uma única vez,

salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar, por escrito, o desinteresse pela renovação.

- 8.2. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora à faculdade de não renovar o seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.
- 8.3. As demais renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pelas partes. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar o seguro, deverá comunicar sua decisão aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.
- 8.4. A renovação poderá ser feita mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, desde que não acarrete ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.
- 8.5. O valor do prêmio também poderá ser agravado, com o reenquadramento de taxa à idade média aritmética apurada, sem que alterações ocorridas no subgrupo segurado ou o seu envelhecimento provoque alteração na idade média aritmética do subgrupo segurado informado na contratação do seguro.
- 8.6. Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus, redução ou deveres adicionais para os segurados dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.
- 8.7. Cada renovação do seguro representará a emissão de nova apólice que substituirá a apólice anterior e igualmente se tornará parte integrante do contrato firmado com o Estipulante. Para fins de renovação, fica facultado à Seguradora reavaliar os prêmios e tarifas praticadas para auferir o equilíbrio técnico-atuarial do referido contrato, mediante aviso prévio ao Estipulante, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término de vigência da apólice em vigor.
 - 8.7.1. Caberá ao ESTIPULANTE a responsabilidade pelas providências, bem como adequada e tempestiva informação aos Segurados, acerca da emissão de nova apólice, na hipótese de renovação.
- 8.8. No caso de não renovação da apólice coletiva, deverá ser observado que:
 - I - Na hipótese de, eventualmente, existirem certificados individuais cujo fim de vigência ultrapasse o fim de vigência da apólice não renovada, a apólice e o respectivo contrato coletivo deverão ter suas vigências estendidas, pelo Estipulante e pela Seguradora, até o final de vigência especificado nos certificados individuais já emitidos; e

II - É expressamente vedada a emissão de novos certificados individuais durante o período de vigência estendida de que trata o inciso I acima.

8.9. Caso a Seguradora tenha suspenso a comercialização e/ou arquivado o produto perante a SUSEP, este seguro não poderá ser renovado.

8.10. Se a manutenção do grupo pela alteração da natureza dos riscos não for possível e não havendo acordo entre as partes quanto à reavaliação do prêmio, a apólice não será renovada, mediante aviso prévio de, no mínimo sessenta dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

8.11. Início de Vigência da Cobertura Individual

8.11.1. As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24h das datas para tal fim neles indicadas.

8.11.2. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.11.3. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

8.11.4. A cobertura do seguro estará suspensa com a inadimplência ou atraso por parte do Segurado relativa ao pagamento do prêmio do seguro junto à Seguradora.

9. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

9.1. Os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário da apólice, pela variação do IPCA-IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

9.3. 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.

9.4. Alternativamente ao critério de atualização pelo IPCA-IBGE, quando os capitais segurados representarem múltiplos de valores pré-definidos (salários, mensalidades escolares ou associativas, etc.), será facultado o recálculo dos capitais segurados e prêmios, no mínimo mensalmente e no máximo a cada 12 (doze) meses, com base na variação desses valores,

desde que esta condição esteja expressa nas Propostas, no Contrato, na Apólice e nos Certificados.

- 9.5. Qualquer aumento dos Capitais implicará em aumento automático dos prêmios, obedecendo à mesma proporção aplicada ao acréscimo dos Capitais.
- 9.6. Quando houver pagamento de prêmio único, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados até a data de ocorrência do evento coberto.
- 9.7. Caberá ao Estipulante solicitar à Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do Capital Segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e aceitação do risco.
 - 9.7.1. Nos casos em que a forma de custeio do seguro for contributivo ou parcialmente contributivo, a alteração do Capital Segurado dependerá de anuência expressa de Seguros que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 9.8. Quando a vigência do seguro for igual ou inferior a um ano não haverá atualização de valores.
- 9.9. Além de atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de faixa etária do segurado, se contratada por esta forma, conforme especificado nas Condições Contratuais, e consequente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano.

10. PAGAMENTO DE PRÊMIO

10.1. Conforme disposto no Contrato, o custeio do seguro pode ser:

10.1.1. Não-Contributivo: quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do Estipulante, sem a participação do Segurado.

10.1.2. Contributivo: quando os Segurados pagam prêmio total.

10.1.3. Parcialmente Contributivo: quando os Segurados pagam parcialmente o prêmio.

10.2. O prêmio do seguro poderá ser pago sob forma de “prêmio único” ou em “parcelas mensais” durante o período de vigência da apólice e a forma de cobrança será estabelecida no Contrato.

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. Para garantir seu direito à cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio ao Estipulante que deverá repassá-lo à Seguradora até a data de vencimento das faturas.
- 10.5. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Estipulante/Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.
- 10.6. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado ou do Estipulante 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.
- 10.7. 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.
- 10.8. Nos seguros “contributários”, “parcialmente contributários” e de “prêmio único”, desde que tenham sido recebidos pelo Estipulante, ainda que esses não tenham sido repassados para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.
- 10.9. 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.
- 10.10. Para os seguros cujo pagamento tenha sido realizado sob a forma de prêmio único, haverá devolução de prêmio nas situações a seguir, sendo que:
 - a) Na hipótese de cancelamento do seguro por iniciativa de quaisquer das partes e com a concordância recíproca (Segurado e Estipulante), a Seguradora reterá do prêmio recebido, no máximo, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “*pro rata temporis*”.
 - b) No caso de suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato, será devolvido o prêmio pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

- 10.11. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto a seguir:

Relação % entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência	Relação % entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

- 10.12. É vedado ao Estipulante o recolhimento a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança do valor do prêmio de cada Segurado.
- 10.13. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, sendo o único responsável para com a Seguradora, pelo cumprimento de todas as obrigações mencionadas nas Condições Gerais e no Contrato, inclusive a cobrança e pagamento de prêmios nos prazos das respectivas faturas.
- 10.14. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.
- 10.15. Os segurados que entrarem em gozo de algum benefício ou se afastarem de suas atividades profissionais deverão continuar com o recolhimento do prêmio integral do seguro para a cobertura dos demais riscos contratados.
- 10.16. Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice agrupadora, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício, cancelamento do seguro individual ou mediante pedido do segurado principal.

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

11.1. Fica automaticamente cancelada a apólice de seguro ou o certificado individual:

a) Quando qualquer fatura referente ao prêmio de seguro não for paga em até 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 Estipulante, e com anuência prévia recíproca. Deverá haver anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 do grupo segurado.

c) Com o término de vínculo entre o Segurado e o Estipulante.

d) Com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice mantida entre Estipulante e a Seguradora.

e) Quando o Segurado, seus representantes legais ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação no contrato de seguro, durante sua vigência, ou ainda, para obter ou majorar a indenização, sem direito a restituição de prêmio.

f) Com o esgotamento do Capital Segurado contratado, ou seja, quando a Seguradora indenizar o valor total descrito na apólice.

g) Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro.

h) Com a Morte, com a Invalidez Permanente Total por Acidente ou com a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado.

i) Quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.

11.1.1. O disposto no item F da cláusula 11.1 se aplica para as coberturas de Morte Acidental, Invalidez permanente Total por Acidente e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado.

11.2. O Segurado Dependente será excluído da apólice e as coberturas do seguro cessarão imediatamente:

a) Com a cessação da cobertura do Seguro Titular;

- b) Com a morte ou exclusão do Segurado Titular;
- c) No caso de cessação da condição de dependente;
- d) A pedido do Segurado Titular;
- e) Quando o Segurado Dependente for cônjuge do Segurado Titular, com a separação judicial ou divórcio;
- f) Quando o Segurado Dependente for companheiro do Segurado Titular, com a solicitação escrita de cancelamento feita pelo Segurado Titular;
- g) Quando os Segurados Dependentes forem incluídos na apólice como Segurados Titulares;
- h) Quando o Segurado Dependente for filho ou dependente do Segurado Titular, ou filho do companheiro ou do cônjuge do segurado Titular, com a cessão de dependência, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda;
- i) Quando o Segurado Dependente for filho do cônjuge do Segurado Titular, com a separação judicial ou do divórcio dos cônjuges;
- j) Quando o Segurado Dependente for filho do companheiro do Segurado Titular, com o cancelamento do registro de dependência da mãe e/ou pai.

11.3. Ficam extintas/canceladas as Coberturas adicionais de Incapacidade Temporária, quando contratadas, a partir da data em que o Segurado estiver inválido total e permanentemente, deixando de ser cobrado, a partir de então, os prêmios relativos a tais Coberturas.

12. PERDA DE DIREITOS

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

12.2.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, o Segurado perderá o direito às garantias e coberturas previstas neste Seguro e respectiva Apólice, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação deles decorrente, sujeitando-se o Segurado, ainda, às sanções previstas na legislação e no Seguro, se ele e/ou seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam ter influenciado na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando ainda obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

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

12.2.3. Pelo não cumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais;

12.2.4. Pela utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;

12.2.5. Se houver fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;

12.2.6. Em caso de tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do evento coberto;

12.2.7. Pela solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado e desde que autorizada pelo Estipulante;

- 12.2.8. 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;
- 12.2.9. Pelo não fornecimento da documentação solicitada para pagamento da indenização; e
- 12.2.10. Pela agravação intencional do risco, conforme previsto no art. 768 do Código Civil Brasileiro.
 - 12.2.10.1. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, toda e qualquer lesão ou doença preexistente ou qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 12.3. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração pessoal de saúde.
- 12.4. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado deverá comunicar o fato de imediato e por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à garantia, conforme estabelecido no art. 769 do Código Civil Brasileiro.
 - 12.4.1. A Seguradora poderá cancelar o seguro, mediante comunicação escrita ao Segurado dentro do prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, conforme previsto no § 1º do artigo 769 do Código Civil Brasileiro.
 - 12.4.2. A Seguradora poderá convocar o Segurado, por escrito, para mediante acordo entre as partes, cancelar o seguro, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 12.5. Nos termos do § 2º do artigo 769 do Código Civil Brasileiro, o cancelamento do seguro será eficaz somente após decorridos 30 (trinta) da notificação do Segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcional ao período a decorrer.

13. BENEFICIÁRIOS

- 13.1. Os Beneficiários das coberturas contratadas neste seguro serão designados nas Condições Especiais das coberturas contratadas.
- 13.2. Na eventualidade dos beneficiários indicados em conformidade com o estabelecido nas Condições Especiais não prevalecerem, quaisquer que sejam os motivos, serão considerados beneficiários aqueles indicados por lei.

- 13.3. Cabe exclusivamente ao Segurado, nomear ou substituir seus Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito à Seguradora, sob pena de não ter validade à alteração.
- 13.4. Caso o Segurado não dê ciência à Seguradora da substituição de seu(s) Beneficiário(s) na forma prevista no subitem anterior, a Seguradora poderá pagar o Capital Segurado ao(s) antigo(s) Beneficiário(s).
- 13.5. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o capital segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais do Segurado Dependente, salvo disposição em contrário.

14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 14.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou os beneficiários, 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.
- 14.2. 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.
- 14.3. 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, devendo para isso comunicar o Estipulante, através de documento escrito solicitando os documentos complementares.
 - 14.3.1. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do atendimento da solicitação, após novo registro realizado através de relógio datador da área de sinistros, indicando que houve a reentrada do processo e que o prazo voltou a correr.
- 14.4. Após caracterizada a cobertura e a ocorrência estando devidamente coberta, tudo em conformidade com as cláusulas especificadas nestas Condição Gerais, a seguradora fará a liquidação do sinistro efetuando o pagamento.
- 14.5. 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), calculado “pro rata temporis” a partir da data de sua exigibilidade conforme legislação vigente, até a data do efetivo pagamento, acrescido dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados a partir do último dia previsto para o pagamento.

- 14.6. 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.
- 14.7. 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.
- 14.8. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.
- 14.9. As indenizações, referentes aos sinistros de invalidez laborativa ou funcional, quando reconhecidos pela Seguradora, serão pagas na forma de parcela única ou de renda certa temporária, em prestações mensais iguais e sucessivas, como acordado entre as partes ou estabelecido nas Condições Especiais.
- 14.10. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade, ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, será proposta pela Seguradora ao Segurado, por meio de correspondência escrita, a constituição de junta médica, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação.
- 14.10.1. A referida junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que estiver designado; os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.
- 14.10.2. 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.
- 15. PERÍCIA DA SEGURADORA**
- 15.1. 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.
- 15.2. 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

16.1. Eventuais questões judiciais entre o Segurado, o Estipulante e/ou 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

17.1. As coberturas previstas nestas Condições Gerais independem da localização da ocorrência do evento coberto por este contrato, entretanto, o pagamento da indenização se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

18. PRESCRIÇÃO

18.1. 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. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE

19.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

I. Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;

II. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

III. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao Contrato de Seguro;

IV. Nos seguros em que o segurado contribua com o pagamento do prêmio, discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, com informação explícita de que a Too Seguros S.A é a Seguradora e de que o não pagamento do prêmio ensejará o cancelamento do Seguro e, caso haja contratação de seguros distintos com a Seguradora, os Contratos deverão estar discriminados separadamente;

V. Efetuar o pagamento ou repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, sendo que o não repasse dos prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeita o Estipulante ou Subestipulante às cominações legais.

VI. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice;

VII. Discriminar o nome da Seguradora nos documentos e comunicações referente ao Seguro, emitidos para o Segurado, ressalvando em caso de utilização de marca, será necessária prévia aprovação e autorização da Seguradora.

VIII. Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

IX. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

X. Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto o Seguro contratado;

XI. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

XII. Informar o nome da Seguradora em qualquer material de promoção ou propagando do Seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante, mediante prévia aprovação da Seguradora.

XIII. Quando avençado com a Seguradora, enviar os certificados do seguro à cada segurado no momento da contratação e a cada renovação do seguro;

XIV. Enviar, no prazo solicitado pela Seguradora, quaisquer documentos que se fizerem necessários para análise de auditoria na operação; e

XV. Cumprir todas as cláusulas das Condições Contratuais do Seguro.

17.2. É expressamente vedado ao Estipulante, nos seguros contributários:

- I. Cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- II. Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo três quartos do grupo segurado;
- III. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações do seguro contratado;
- IV. Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

20. DISPOSIÇÕES FINAIS

20.1. Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste seguro, quando aplicável, o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

20.1.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado, para os devidos efeitos, o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.

20.2. Em caso de cessação, voluntária ou compulsória, das operações da Seguradora, durante a vigência da apólice, serão observadas as disposições legais que regem a liquidação das sociedades seguradoras, ficando preservados e garantidos todos os direitos do Segurado e de seu(s) Representante(s) Legal(is), que têm privilégio especial sobre as reservas técnicas ou provisões garantidoras das operações de seguro.

20.3. 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 Estipulante, ao Segurado ou aos Beneficiários.

20.4. A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou 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.

20.5. O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados.

20.6. 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.

21. DEFINIÇÕES GLOSSÁRIO

21.1. **Acidente Pessoal:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente 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:

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

b) NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal:

- 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;

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

- 21.2. 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;
- 21.3. Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 21.4. Capital Segurado: é o valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- 21.5. 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 à percepção dos capitais segurados contratados.
- 21.6. Certificado Individual: é o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.
- 21.7. Coberturas: são as garantias contratadas pelo Segurado e concedidas pela Seguradora, para pagamento dos eventos indenizáveis estabelecidos nestas Condições Gerais.

- 21.8. Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas Condições Gerais e especiais.
- 21.9. Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do estipulante.
- 21.10. 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.
- 21.11. Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários.
- 21.12. Consignante: é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.
- 21.13. Corretor: é a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 21.14. Doença Preexistente: é toda doença, inclusive as congênitas, que o Segurado sabia ser portador ou sofredor à época da contratação do seguro e não declaradas na proposta de adesão.
- 21.15. Endosso ou Aditivo: é o documento emitido pela Seguradora que expressa qualquer alteração de dados e condições de uma apólice durante sua vigência.
- 21.16. Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio. Equipara-se ao Estipulante, o Subestipulante, quando houver.
- 21.17. Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas pelo segurado.

- 21.18. Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.
- 21.19. Garantias: são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 21.20. Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 21.21. Grupo Segurável: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 21.22. IPC-A: índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística • IBGE.
- 21.23. Indenização: valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou aos seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.
- 21.24. Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 21.25. 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.
- 21.26. Migração de Apólices: é a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.
- 21.27. Período de Cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
- 21.28. Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 21.29. Prêmio Líquido: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
- 21.30. Proponente: é o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato.

- 21.31. Proposta de Adesão: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 21.32. Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 21.33. Reabilitação do Seguro: é o restabelecimento, dentro do prazo de suspensão, das coberturas contratadas.
- 21.34. Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não estão cobertos pelo plano.
- 21.35. Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, sendo:
- 21.36. Segurados Principais – são aquelas pessoas que mantêm vínculo com o Estipulante.
- 21.37. 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.
- 21.38. 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.
- 21.39. Seguro Contributário: aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcial do seguro.
- 21.40. Seguro Não-Contributário: aquele em que o Estipulante paga o prêmio total do seguro.
- 21.41. Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 21.42. Vigência do Seguro: é o período no qual a apólice de seguro está em vigor.
- 21.43. Vigência da Cobertura Individual: é o período de validade das coberturas contratadas, para cada Segurado.

- 21.44. Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 21.45. Coberturas de Risco: coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada;
- 21.46. Nota técnica atuarial: documento elaborado por atuário, que contem a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais;

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE (M)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao Beneficiário, no caso da morte do segurado por causas naturais ou acidentais, 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 morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência da cobertura individual.

- 2.1.1. 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

- 3.1. Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

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.
- 4.2. 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.
- 4.3. A indenização por Morte, e, se contratadas, por quaisquer das coberturas de invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de paga a 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.

5. CARÊNCIA

- 5.1. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido nas Condições Contratuais.

- 5.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa nos 2(dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.
- 5.3. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.
- 5.4. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecidos o prazo de carência estipulado na Apólice de Seguro, exceto se decorrente de atualização monetária.
- 5.5. A seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza e ocorridos durante o prazo de carência.

6. FRANQUIA

- 6.1. Não há franquia para esta cobertura.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 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 denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Certidão de Óbito do Segurado;
- d) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- e) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água, gás ou telefone fixo), com prazo máximo de 90 (noventa) dias;
- 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) Laudo de Necropsia, se houver; e
- k) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado na Proposta de Adesão, 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.

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 MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao Beneficiário, no caso de morte acidental do segurado, 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 morte do Segurado, decorrente de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.
 - 2.1.1. 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

- 3.1. Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

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.
- 4.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 4.3. 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.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 5.1. Conforme item 15 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 denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Certidão de Óbito do Segurado;
- d) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- e) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo de Necropsia, se houver; e
- i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

6. BENEFICIÁRIOS

- 6.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado na Proposta de Adesão, 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 capital segurado será pago conforme determinado em lei

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 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

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

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 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 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 EM CASO DE INVALIDEZ
PERMANENTE**

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O VALOR SEGURADO
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro	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
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 VALOR SEGURADO
	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O VALOR SEGURADO
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-	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 VALOR SEGURADO
		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 VALOR	
	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 ileostomia definitiva	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 por acidente 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.
- 2.9. 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.
- 2.10. As indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula 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 voo 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;
- 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;
- g) 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;
- h) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- i) As doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER – Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite, etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
- j) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- k) O parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- l) As perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- m) O choque anafilático e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado 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 capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

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 denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
- b) Formulário de declaração médica de Acidentes Pessoais comprovando a invalidez permanente por acidente;
- 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) Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- i) CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), em caso de acidente de trabalho.
- j) Atestado de Alta Médica definitiva, informando as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (Original);
- k) Resultado de todos os Exames Realizados – Diagnósticos e de Controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (Cópia Simples).

6. JUNTA MÉDICA

- 6.1. 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.
- 6.2. 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.
- 6.3. 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, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.

- 6.4. 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.
- 6.5. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo Segurado.

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1. 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 responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 8.1. 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

- 1.1. Garantir o pagamento de indenização ao Segurado, caso fique total e permanentemente inválido, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, 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.

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 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 Invalidez 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 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.
- 2.3. Não ficando abolidas por completo as funções dos membros ou órgãos lesados, a indenização por invalidez 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 invalidez pré-existente será percentualmente deduzido para fins de indenização.
- 2.5. 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.

- 2.6. A invalidez por acidente 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.
- 2.7. 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

3.1. Além das exclusões descritas nos 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 voo 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) 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;
- n) 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;
- o) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- p) As doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER – Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite, etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
- q) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

- r) O parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- s) As perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- t) O choque anafilático e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada em 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 do acidente que deu origem ao sinistro.
- 4.3. A indenização por invalidez permanente total por acidente e morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga a 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.

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 denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
 - b) Formulário de declaração médica de Acidentes Pessoais comprovando a invalidez permanente por acidente;
 - 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) Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
 - f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - g) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - h) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
 - i) CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), em caso de acidente de trabalho;
 - j) Atestado de Alta Médica definitiva, informando as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (Original);
 - k) Resultado de todos os Exames Realizados – Diagnósticos e de Controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (Cópia Simples).

6. JUNTA MÉDICA

- 6.1. 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.
- 6.2. 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.
- 6.3. 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, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.
- 6.4. 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.
- 6.5. 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.

7. BENEFICIÁRIO

- 7.1. 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 responsável legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o pagamento de indenização ao Segurado, caso sofra invalidez funcional permanente total em consequência de doença, exceto se decorrente dos 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 invalidez funcional permanente total em consequência exclusiva de doença coberta, que cause a perda da existência independente do Segurado.
- 2.2. A contratação desta cobertura está condicionada à cobertura de Morte e IPA e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante ao Segurado, desde que este requeira, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratada para a garantia Básica-Morte, em caso de sua invalidez funcional total e permanente por doença devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.
- 2.3. 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.
- 2.4. 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 e 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 tratamentos 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 generativo, 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. 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 sobrevida do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

2.5. 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 garantia de Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença não se acumula com as garantias de Morte, Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente.

2.6. 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.

2.7. 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.

2.8. 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.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados no item 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 progressivo;
- 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.

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. 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) Aviso de Sinistro e questionários fornecidos pela Seguradora, integralmente preenchido 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, desempatador, 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 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

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	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 SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

10. GLOSSÁRIO 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.

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
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 autônômicas 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.
- j) 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.
- k) 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 sobrevida 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 no item 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, desempatador, 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 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
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00

	<p>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).</p>	10
	<p>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.</p>	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 SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

10. GLOSSÁRIO 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.

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 FUNERAL POR MORTE (AF-M)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir a prestação de serviço de assistência funeral ou o reembolso das despesas realizadas com o funeral, ao Beneficiário, até o limite do capital segurado contratado, no caso da morte do Segurado e/ou Familiares (se contratado Plano Familiar), exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais do seguro.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. Os riscos cobertos por esta cobertura são referentes à prestação de serviços ou reembolso de despesas relacionadas ao funeral do Segurado e/ou Familiares (se contratado Plano Familiar), em razão de sua morte por causas naturais ou acidentais.
- 2.2. 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.
 - c) Familiar Extensivo pais: os mesmos previstos no Plano Familiar, acrescido dos pais do segurado.
 - d) Familiar Extensivo pais e sogros: os mesmos previstos no Plano Familiar Extensivo, acrescido dos sogros.
- 2.3. Na contratação dos planos extensivos, a forma de contratação é facultativa, ou seja, passível de autorização pelos dependentes, e, em sua aceitação, obrigatoriamente deverão ser fornecidos pelo segurado o nome completo, número do CPF e grau de parentesco de todos os participantes (Pais e Sogros).
- 2.4. A opção por uma das formas de utilização, prestação de serviços de assistência funeral ou reembolso de despesas, inviabiliza o acionamento daquela não utilizada.

3. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

- 3.1. 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.

3.2. 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:

- a) Caixão/Urna; carro para enterro; carro 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.
- b) 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.

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

4. DESPESAS COBERTAS

4.1. 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.

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

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos excluídos previstos na cláusula 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.
- c) A exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento.
- d) Despesas decorrentes de construção, manutenção e/ou recuperação de jazigos;

- e) Busca, realização de provas, bem como, formalidades legais e burocráticas, no caso do usuário haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando em “morte presumida”;
- f) Nas localidades aonde a legislação não permitir que a Central de Assistência intervenha.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice/certificado 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

- 7.1. Os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora:
 - a) Formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal.
 - b) Cópia simples do RG ou CNH do segurado;
 - c) Cópia simples ou número do CPF do segurado;
 - d) Cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado;
 - e) Cópia simples da certidão de óbito;
 - f) Notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens e serviços realizados relativos ao funeral.
 - g) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não contar o motivo na Certidão de óbito;
 - h) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.
- 7.2. A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação ficará suspenso até a data de entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 7.3. Caso a opção dos familiares seja pela utilização do serviço que a empresa credenciada presta, estes deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar a prestação de serviços mencionados nesta Cobertura. Caso o Serviço de Assistência necessite do envio de documentos

complementares para o cumprimento de eventuais formalidades, as referidas despesas serão custeadas pela prestadora.

8. BENEFICIÁRIOS

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

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir a prestação de serviço de assistência funeral ou o reembolso das despesas realizadas com o funeral, ao(s) Beneficiário(s), até o limite do capital segurado contratado, no caso da morte acidental do Segurado e/ou Familiares (se contratado Plano Familiar), exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais do seguro.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. Os riscos cobertos por esta cobertura são referentes à prestação de serviços ou reembolso de despesas relacionadas ao funeral do Segurado e/ou Familiares (se contratado Plano Familiar), em razão de sua morte por causas acidentais.
- 2.2. 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.
 - c) Familiar Extensivo pais: os mesmos previstos no Plano Familiar, acrescido dos pais do segurado.
 - d) Familiar Extensivo pais e sogros: os mesmos previstos no Plano Familiar Extensivo, acrescido dos sogros.
- 2.3. Na contratação dos planos extensivos, a forma de contratação é facultativa, ou seja, passível de autorização pelos dependentes, e, em sua aceitação, obrigatoriamente deverão ser fornecidos pelo segurado o nome completo, número do CPF e grau de parentesco de todos os participantes (Pais e Sogros).
- 2.4. A opção por uma das formas de utilização, prestação de serviços de assistência funeral ou reembolso de despesas, inviabiliza o acionamento daquela não utilizada.

3. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

- 3.1. 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.

3.2. 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:

- a) Caixão/Urna; carro para enterro; carro 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.
- b) 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.

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

4. DESPESAS COBERTAS

4.1. 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.

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

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos excluídos previstos na cláusula 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.
- c) A exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento.
- d) Despesas decorrentes de construção, manutenção e/ou recuperação de jazigos;

- e) Busca, realização de provas, bem como, formalidades legais e burocráticas, no caso do usuário haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando em “morte presumida”;
- f) Nas localidades aonde a legislação não permitir que a Central de Assistência intervenha.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice/certificado e vigente na data do evento.
- 6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que deu origem ao sinistro.

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:
 - a) Formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal.
 - b) Cópia simples do RG ou CNH do segurado;
 - c) Cópia simples ou número do CPF do segurado;
 - d) Cópia do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado;
 - e) Cópia simples da certidão de óbito;
 - f) Notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens e serviços realizados relativos ao funeral.
 - g) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não contar o motivo na Certidão de óbito;
 - h) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.
- 7.2. A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação ficará suspenso até a data de entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 7.3. Caso a opção dos familiares seja pela utilização do serviço que a empresa credenciada presta, estes deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar a prestação de serviços mencionados nesta Cobertura. Caso o Serviço de Assistência necessite do envio de documentos complementares para o cumprimento de eventuais formalidades, as referidas despesas serão custeadas pela prestadora.

8. BENEFICIÁRIO

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

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 CESTA BÁSICA POR MORTE (CB-M)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o reembolso das despesas com aquisição de Cesta Básica ao Beneficiário, no caso da morte 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 causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos 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 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.
- 3.2. Será garantido um reembolso mensal, de acordo com a quantidade de cestas contratadas, conforme definido nas Propostas, no Contrato, na Apólice e no Certificado Individual, 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 RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 5.2. O capital segurado desta garantia e a quantidade de cestas cobertas serão definidos na apólice.
- 5.3. 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. 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 contra recibo 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 na apólice.

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 representante legal do Segurado;
- b) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade, 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 e CPF do Segurado;
- f) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- g) Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
- h) Prontuário Médico do segurado;
- i) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- j) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- k) Laudo de Necropsia, se houver;
- l) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- m) 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 na Proposta de Adesão, 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 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 nas Propostas, no Contrato, na Apólice e no Certificado Individual, 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 RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 5.2. O capital segurado desta garantia e a quantidade de cestas cobertas serão definidos na apólice.
- 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 apresentem-se 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 contra recibo 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 na apólice.

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 representante legal do Segurado;
- b) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade, 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 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 na Proposta de Adesão, 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 COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas ao Segurado, no caso de acidente pessoal sofrido pelo mesmo, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais do seguro.

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, exclusivamente decorrente de acidente pessoal 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 acidente. 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 acidente, somente serão pagas despesas médicas, hospitalares e odontológicas, até o limite do capital contratado.
- 2.4. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.
- 2.5. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.
- 2.6. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as despesas decorrentes de:

- a) 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 voo 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;
- f) Aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem às órteses de qualquer natureza e as 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 seja legalmente habilitados;
- o) Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.

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 do acidente que deu origem ao sinistro.

4.3. 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.

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 deverão 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

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) Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- 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) CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso (Cópia Simples);
- 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) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- j) Relatório médico contendo data de alta médica definitiva, bem como, as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado (Original);
- k) Pedido médico acompanhado do resultado dos exames realizados (Cópia simples);
- l) Comprovantes originais de despesas médicas, hospitalares, odontológicas, farmacêuticas, entre outras, bem como a receita médica e os relatórios do (s) médico (s) assistente (s);
- m) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado (no mês do evento), tais como: Relação de FGTS onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia simples);

6.2. A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

6.3. A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única a esclarecer seja quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

6.4. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura contratada, à época da ocorrência do sinistro.

6.5. Sob pena de perder o direito à cobertura, o Segurado participará o sinistro à Seguradora, logo que o saiba, conforme artigo 771 do Código Civil e tomará as providências para minimizar as consequências.

7. BENEFICIÁRIO

7.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1. 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 DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – CLT (PRDI)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o pagamento de indenização no caso de perda de renda por desemprego involuntário do Segurado profissional com vínculo empregatício, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. 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 e com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta horas) semanais na data do sinistro e que receba pagamentos periódicos consecutivos, observados os períodos de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.
- 2.2. Esta cobertura está limitada ao número de mensalidades seguradas e respectivos capitais e cessa no momento em que o Segurado obtiver novo vínculo empregatício.
- 2.3. Para fins desta cobertura entende-se desemprego involuntário a dispensa, por parte do empregador, desde que não motivada por justa causa.
- 2.4. Após um evento de desemprego indenizado, o segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à indenização de um segundo evento de desemprego.
- 2.5. Não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por estagiários, temporários, provisórios, admitidos por prazo determinado.
- 2.6. Não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por aposentados e pensionistas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além das exclusões descritas na cláusula 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) Perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
- g) Término de contrato de trabalho por tempo determinado;
- h) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- i) Abandono de emprego;
- j) Perda de um vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período;
- k) Quando não houver registro formal de vínculo empregatício, comprovado junto ao empregador;
- l) Demissões ocorridas durante o período de carência, estabelecido no Contrato de Seguro;
- m) Falência do empregador;
- n) Alistamento no serviço militar;
- o) Cargos de eleição pública, incluindo-se aqueles de nomeação em Diário Oficial, ou não regidos pela CLT;

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até metade do prazo de vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual para cada segurado.
- 4.2. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.
- 4.3. As demissões ocorridas dentro do período de carência não estarão cobertas.

5. FRANQUIA

- 5.1. Poderá ser estabelecida franquia máxima de 30 (trinta) 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 na apólice 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 (último dia trabalhado) sem justa causa que deu origem ao sinistro. Em caso de aviso prévio trabalhado, a data do evento será o último dia de trabalho.
- 6.4. O capital segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado, e caso após o pagamento de indenização de sinistro ocorrer o esgotamento do capital segurado, a cobertura estará cancelada.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

7.1. Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia simples do RG ou CNH do segurado;
- c) Cópia simples do CPF ou CNH do segurado;
- d) Cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado;
- e) Cópia simples da página da identificação visual (foto) da carteira de trabalho;
- f) Cópia simples da página da qualificação civil da carteira de trabalho
- g) Cópia simples do termo de rescisão de contrato devidamente homologado, com discriminação das verbas rescisórias
- h) Cópia simples da comunicação de dispensa.

8.2. Cópia autenticada atualizada após 30 dias da data da demissão e a cada pagamento de parcela, das seguintes páginas da carteira de trabalho:

- a) página do último registro do contrato de trabalho (admissão e demissão);
- b) página posterior ao contrato de trabalho, mesmo que em branco.

8.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e informação ou esclarecimentos complementares.

8.4. O Segurado, desde já, autoriza a Seguradora a obter as informações e documentos que julgar necessários à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente Seguro, tais como dados sobre estado de saúde, evolução de lesões ou doenças, dispensando expressamente os médicos e profissionais da saúde, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional no tocante a informações a seu respeito, frente à Seguradora, exclusivamente.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1. 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 POR ACIDENTE OU DOENÇA - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (PRIF-AD)

1. OBJETIVO

- 1.1. 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, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais do seguro.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. 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 franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.
- 2.2. 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.
- 2.3. Esta cobertura está limitada ao número de diárias ou parcelas e respectivos capitais segurados contratados por evento e cessa no momento em que o Segurado obtiver alta médica.
- 2.4. Terá direito a esta cobertura exclusivamente o Segurado profissional liberal ou autônomo em atividade profissional regulamentada e que possua comprovação de renda.
- 2.5. Para fins desta cobertura, entende-se por profissional liberal ou autônomo o Segurado que comprove através de documentos a condição de autônomo e/ou profissional liberal, demonstrando a última Declaração de Imposto de Renda ou Registro de autônomo do INSS (NIT) + carnê GFIP quando solicitado.
- 2.6. A indenização por incapacidade física será devida a partir do 16º dia, inclusive da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.
- 2.7. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

2.8. Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula 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) Doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração deste Contrato de Seguro, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- d) Hospitalização para “check-up”;
- e) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- f) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- g) Cirurgia plásticas e suas consequências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do Seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- h) Cirurgia para correção de miopia;
- i) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- j) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de estética médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- k) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- l) Lesões de esforço repetitivo – L.E.R. (tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dor miofascial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a DORT);
- m) Anomalias congênitas com manifestações em qualquer época;
- n) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;
- o) Luxações recidiva de qualquer articulação;
- p) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- q) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- r) Anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

- s) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;
- t) Afastamento para realização de exames médicos de retina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
- u) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- v) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos de consequências ou decorrentes deles;
- w) Síndrome do Pânico;
- x) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais, incluídos os distúrbios do sono;
- y) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- z) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- aa) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- bb) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;
- cc) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- dd) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;
- ee) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementar; Exames pré-operatórios; Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal nesse caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionados com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;
- ff) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto.

3.2. Caso o Segurado esteja afastado e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez Permanente, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Diárias cobertas por este Seguro.

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até metade do prazo de vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual para cada segurado.
- 4.2. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.
- 4.3. Não se aplica a carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

5. FRANQUIA

- 5.1. Poderá ser estabelecida franquia máxima de 15 (quinze) dias para esta cobertura, a partir da data da incapacidade atestada pelo médico assistente do Segurado.
- 5.2. 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 na apólice e vigente na data do evento.
- 6.2. A indenização está limitada ao número de diárias ou parcelas 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 ou parcelas cobertas.
- 6.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente pessoal ou do diagnóstico da doença que provocou a incapacidade física total e temporária do Segurado.
- 6.5. O capital segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado, e caso após o pagamento de indenização de sinistro ocorrer o esgotamento do capital segurado, a cobertura estará cancelada.
- 6.6. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.
- 6.7. Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências

legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

7. DOCUMENTOS PARA 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:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópia simples do CPF e ou CNH do segurado;
- c) Cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado;
- d) Cópia simples da CNH (carteira nacional de habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Cópia simples do boletim de ocorrência policial, quando realizado;
- f) Cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- g) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- h) Exames que comprovem a incapacidade física total e temporária;
- i) Todos os originais dos exames complementares realizados, com os respectivos laudos médicos;
- j) Tratando-se de acidente de trabalho, formulário de comprovação de Acidente de Trabalho – CAT (cópia simples);
- k) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
- l) Documentos comprobatórios da condição de autônomo e/ou profissional liberal – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 06 recolhimentos anteriores a data do sinistro);
- m) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade.

8. JUNTA MÉDICA

8.1. 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.

8.2. 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.

8.3. 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, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.

- 8.4. 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.
- 8.5. 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.

9. BENEFICIÁRIO

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

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 10.1. 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 POR
ACIDENTE - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (PRIF-A)**

1. OBJETIVO

- 1.1. 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, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais do seguro.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. 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 coberto, observado o período de franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.
- 2.2. 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.
- 2.3. Esta cobertura está limitada ao número de diárias ou parcelas e respectivos capitais segurados contratados por evento e cessa no momento em que o Segurado obtiver alta médica.
- 2.4. Terá direito a esta cobertura exclusivamente o Segurado profissional liberal ou autônomo em atividade profissional regulamentada e que possua comprovação de renda.
- 2.5. Para fins desta cobertura, entende-se por profissional liberal ou autônomo o Segurado que comprove através de documentos a condição de autônomo e/ou profissional liberal, demonstrando a última Declaração de Imposto de Renda ou Registro de autônomo do INSS (NIT) + carnê GFIP quando solicitado.
- 2.6. A indenização por incapacidade física será devida a partir do 16º dia, inclusive da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.
- 2.7. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.
- 2.8. Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido por acidente, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) Lesões que não exijam atendimento médico;
- b) Gravidez, parto ou aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto.
- c) Cirurgia plásticas e suas consequências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do Seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- d) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- e) Luxações recidiva de qualquer articulação;
- f) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos de consequências ou decorrentes deles;
- g) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- h) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto.

3.2. Caso o Segurado esteja afastado e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez Permanente, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Diárias cobertas por este Seguro.

4. FRANQUIA

4.1. Poderá ser estabelecida franquia máxima de 15 (quinze) dias para esta cobertura, a partir da data do acidente que provocou a incapacidade física total e temporária do Segurado.

4.2. O Segurado só terá direito à cobertura e respectiva indenização a partir do primeiro dia após o período de franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. 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.

5.2. A indenização está limitada ao número de diárias ou parcelas consecutivas cobertas por evento e será suspensa no momento em que o Segurado receber alta médica, desqualificando a situação de sinistro coberto.

- 5.3. O pagamento da indenização será realizado mensalmente, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária do Segurado, limitado ao número de diárias ou parcelas cobertas.
 - 5.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente pessoal que provocou a incapacidade física total e temporária do Segurado.
 - 5.5. O capital segurado relativo a esta cobertura não será reintegrado, e caso após o pagamento de indenização de sinistro ocorrer o esgotamento do capital segurado, a cobertura estará cancelada.
 - 5.6. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.
 - 5.7. Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.
6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS
- 6.1. Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhadas à Seguradora:
 - a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
 - b) Cópia simples do RG ou CNH do segurado;
 - c) Cópia simples do CPF ou CNH do segurado;
 - d) Cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado;
 - e) Cópia simples da CNH (carteira nacional de habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - f) Cópia simples do boletim de ocorrência policial, quando realizado;
 - g) Cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - h) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
 - i) Exames que comprovem a incapacidade física total e temporária;
 - j) Todos os originais dos exames complementares realizados, com os respectivos laudos médicos;
 - k) Tratando-se de acidente de trabalho, formulário de comprovação de Acidente de Trabalho – CAT (cópia simples);
 - l) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);

- m) Documentos comprobatórios da condição de autônomo e/ou profissional liberal – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo do INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 06 recolhimentos anteriores a data do sinistro);
- n) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade.

7. JUNTA MÉDICA

- 7.1. 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.
- 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, desempatador, 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.

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 PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL NO TRABALHO - CLT (PRIL-AT-ESTIPULANTE)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o pagamento ao Estipulante da indenização limitada ao capital segurado contratado, caso o Segurado seja afastado das atividades laborativas, por incapacidade total e temporária em decorrência de “acidente pessoal no trabalho” coberto e devidamente comunicado através do formulário “*Comunicação de acidente de trabalho – CAT*”, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais do seguro.

2. GARANTIA AO ESTIPULANTE

- 2.1. Esta cobertura garantirá o pagamento de indenização ao Estipulante, de valor limitado ao capital segurado contratado, com vistas a arcar com o pagamento das despesas suportadas pelo empregador relacionadas ao pagamento dos primeiros 15 (quinze) dias do AFASTAMENTO ACIDENTÁRIO LABORATIVO, decorrente exclusivamente de “acidente pessoal no trabalho”, coberto e devidamente comunicado através do formulário “*Comunicação de acidente de trabalho – CAT*”.
- 2.2. O legítimo interesse do Estipulante em figurar como Beneficiário se caracteriza pelos gastos imediatos, inesperados, e, intrínsecos à relação empregatícia, para cobertura de despesas para tratamento de lesão originada por “acidente pessoal no trabalho”.
- 2.3. O Estipulante somente terá direito à indenização prevista nesta cobertura se o Segurado for afastado de suas atividades laborativas por período ininterrupto e superior a 15 (quinze) dias.
- 2.4. Esta cobertura somente será contratada se houver vínculo empregatício entre o Segurado e o Estipulante, por meio de contrato de trabalho, com registro em carteira profissional e regido conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho).

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Está coberta a incapacidade laborativa total e temporária, involuntária e comprovada do Segurado, decorrente exclusivamente de “acidente pessoal no trabalho”, devidamente comunicado através do formulário “*Comunicação de acidente de trabalho – CAT*”, que cause seu afastamento das atividades profissionais, observado o período de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.
- 3.2. Esta cobertura está limitada ao número de diárias e respectivos capitais segurados contratados por evento e cessa no momento em que o Segurado for considerado apto para retorno às atividades profissionais.

- 3.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
- 3.4. 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.
- 3.5. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) Lesões que não exijam atendimento médico.
- b) Gravidez.
- c) Parto ou aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto.
- d) Acidentes não enquadrados com acidente pessoal no trabalho ou que não forem devidamente comunicados através do formulário “Comunicação de acidente de trabalho – CAT”.
- e) Acidentes em que o Segurado receber alta médica e encerrar o tratamento em até 15 (quinze) dias.
- f) Cirurgia plástica e suas consequências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do Seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente.
- g) Luxações recidiva de qualquer articulação.

- 4.2. Caso o Segurado esteja afastado e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez Permanente, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Diárias cobertas por este Seguro.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 5.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidentes.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. 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.
- 6.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente pessoal no trabalho que deu origem ao sinistro.

- 6.3. Esta cobertura poderá ser acionada no máximo duas vezes pelo segurado, para cada ano de vigência da apólice, pois está prevista uma única reintegração automática do capital, que ocorrerá automaticamente após o primeiro sinistro do respectivo segurado.
- 6.4. Não haverá reintegração de capital para novos afastamentos em virtude de evento já indenizado, nestes casos, ocorrerá pagamento complementar, respeitado o número de diárias contratadas e o valor máximo de cada diária.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 7.1. Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para liquidação do sinistro, é necessário o envio dos documentos abaixo listados, 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) Formulário “*Comunicação de acidente de trabalho – CAT*”;
- e) CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do Estipulante;
- f) Carteira de Trabalho e Contrato de Trabalho do Segurado; CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho) do mês imediatamente anterior ao do acidente.;
- g) Exames devidamente datados, realizados por profissionais habilitados para a profissão, que comprovem a incapacidade laborativa total e temporária, decorrente do acidente pessoal no trabalho;
- h) Relatório caracterizando a lesão, e data do início da incapacidade com indicação da necessidade de afastamento das atividades profissionais, mediante diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- i) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Boletim de Ocorrência Policial se houver;
- k) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- l) Laudo e exames médicos comprovando o término do estado de incapacidade e, portanto, o término do período de afastamento, devidamente comprovado através de exames;
- m) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);

- n) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade.

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1. O beneficiário desta cobertura será unicamente o Estipulante.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 10.1. Esta cobertura será cancelada se:

- a) A apólice for cancelada pelo Estipulante;
- b) Houver pedido expresso, por escrito, do Estipulante;
- c) O Segurado principal for excluído desta apólice;
- d) Ocorrer a morte ou a invalidez permanente do Segurado principal;
- e) O Segurado principal receber a indenização do segundo evento no decorrer de um mesmo ano de vigência da apólice;
- f) Houver pedido expresso, por escrito, do Segurado.

11. GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NESTA COBERTURA

- **Acidente Pessoal no Trabalho:** É o evento que além de atender todas características descritas no “GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS” para “Acidente Pessoal”, que ocorrer no exercício do trabalho, a serviço da empresa que possui vínculo empregatício, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho, ou produzindo lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;

- 11.1. Incluem-se, ainda, nesse conceito, para fins de cobertura, o acidente ocorrido fora do local e horário de trabalho, desde que o indivíduo se encontre:

- na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;
- na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão de obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

11.2. NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal no trabalho:

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;

- As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho • DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo • LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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 no trabalho, conforme definido neste item.

11.3. Incapacidade laborativa total e temporária por acidente pessoal no trabalho: a impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado para exercer as atividades laborativas rotineiras de sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, para se recuperar de acidente pessoal no trabalho.

12. DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1. 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 LABORATIVA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL NO TRABALHO - CLT (PRIL-AT-SEGURADO)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o pagamento de indenização ao Segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas, simultaneamente, as demais cláusulas das Condições Gerais do seguro e Condições Contratuais abaixo:
 - a) Afastamento do Segurado de suas atividades laborativas por incapacidade total e temporária em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal do trabalho coberto e devidamente comunicado através do formulário “*Comunicação de acidente de trabalho – CAT*”, e que;
 - b) O valor do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social for inferior ao valor da “*remuneração mensal*” que o Segurado receberia se estivesse trabalhando;
 - c) Configuração de vínculo empregatício entre o Segurado e o Estipulante, por meio de contrato de trabalho, com registro em carteira profissional e regido conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho).

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. Está coberta a incapacidade laborativa do Segurado, total, temporária e involuntária que cause o afastamento do mesmo das suas atividades profissionais, devidamente comprovada, decorrente exclusivamente de “acidente pessoal no trabalho”, coberto e devidamente comunicado através do formulário “*Comunicação de acidente de trabalho – CAT*”, observado o período de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.
- 2.2. Esta cobertura está limitada ao número de diárias e respectivos capitais segurados contratados por evento e cessa no momento em que o Segurado cessar o estado de incapacidade, mediante relatório médico.
- 2.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite de 365 diárias por evento.
- 2.4. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) Lesões que não exijam atendimento médico;
- b) Gravidez;
- c) Parto ou aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- d) Acidentes não enquadrados com acidente pessoal no trabalho ou que não forem devidamente comunicados através do formulário “Comunicação de acidente de trabalho – CAT”.
- e) Casos em que o valor do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social for igual ao valor da remuneração que o Segurado receberia se estivesse trabalhando;
- f) Cirurgia plástica e suas consequências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do Seguro e realizados no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- g) Luxação recidiva de qualquer articulação;
- h) Acidentes provocados intencionalmente pelo próprio Segurado.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 4.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidentes.
- 4.2. A franquia será de 15 (quinze) dias, a partir da data do acidente pessoal no trabalho que provocar a incapacidade laborativa total e temporária do Segurado, e o afastar de suas atividades laborativas por período ininterrupto e superior a 15 (quinze) dias.
- 4.3. O Segurado só terá direito à cobertura e respectiva indenização a partir do primeiro dia após o período de franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, e corresponderá ao número de diárias contratadas, multiplicado pelo valor contratado para cada diária, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento a data do acidente de trabalho que deu origem ao sinistro.
 - 5.2.1. Considerando que esta cobertura visa garantir uma complementação salarial por “acidente pessoal no trabalho”, o valor a ser indenizado por cada diária será limitado ao valor da diferença entre o valor da “remuneração mensal” que Segurado receberia se estivesse trabalhando, dividido por 30, e o valor mensal do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social, dividido por 30.
- 5.3. O valor total da indenização corresponderá ao valor contratado para cada diária estabelecido na apólice, multiplicado pelo número de diárias consecutivas correspondentes ao período que inicia no primeiro dia após o período de franquia e termina na data da alta médica com liberação

para retorno as atividades laborativas rotineiras, respeitando o limite de diárias previsto na apólice, prevalecendo o que ocorrer primeiro.

5.4. O pagamento da indenização ao Segurado será realizado conforme estabelecido nas condições contratuais, estando a forma de pagamento à critério do Estipulante no ato da contratação:

5.4.1. Pagamento único: o valor total da indenização será realizado em uma única parcela.

5.4.2. Pagamento parcelado: o valor da indenização será realizado em parcelas, na periodicidade de 30 dias contados do afastamento, enquanto permanecer a incapacidade laborativa total e temporária, sendo a última após a alta médica ou ao ser atingido número de diárias cobertas, prevalecendo o que ocorrer primeiro.

5.4.3. Para apólices em que o Estipulante optar pelo pagamento parcelado da indenização, para recebimento das parcelas mensais, é necessário que, a cada 30 dias, o Segurado apresente documento que comprove a continuidade do estado de incapacidade laborativa total e temporária.

5.5. Esta cobertura poderá ser acionada no máximo duas vezes por cada segurado, para cada ano de vigência da apólice pois está prevista uma única reintegração automática do capital, que ocorrerá automaticamente após o primeiro sinistro do respectivo segurado.

5.6. Não haverá reintegração de capital para novos afastamentos em virtude de evento já indenizado, nestes casos, ocorrerá pagamento complementar, respeitado o número de diárias contratadas e o valor máximo de cada diária.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

6.1. Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, é necessário o envio dos documentos abaixo listados à Seguradora para liquidação do sinistro, 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) formulário “Comunicação de acidente de trabalho – CAT”;
- e) Carteira de Trabalho e Contrato de Trabalho do Segurado;

- f) CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho) do mês imediatamente anterior ao do acidente.
- g) Exames devidamente datados realizados por profissionais habilitados para a profissão, que comprovem a incapacidade laborativa total e temporária, decorrente do acidente pessoal no trabalho.
- h) Relatório médico caracterizando a lesão, e o momento exato do início da incapacidade, com a data exata do evento, o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- i) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Boletim de Ocorrência Policial se houver;
- k) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- l) Laudo e exames médicos comprovando o término do período de afastamento, e o final da incapacidade, devidamente acompanhado dos exames datados e da liberação para retorno às atividades laborativas;
- m) documento com o valor do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social;
- n) os 3 últimos holerites para comprovar o valor da remuneração mensal, considerando, salário base, comissão, DSR, adicional noturno, repouso remunerado e produtividade;
- o) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
- p) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau de o período de incapacidade.

8. BENEFICIÁRIO

- 8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado. Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, que o torne inapto para realização dos atos da vida civil, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado.

9. CESSAÇÃO COBERTURA

- 9.1. Esta cobertura será cancelada se:

- a) A apólice for cancelada pelo Estipulante;
- b) Houver pedido expresso, por escrito, do Estipulante;
- c) O Segurado principal for excluído desta apólice;
- d) Ocorrer a morte ou a invalidez permanente do Segurado principal;
- e) O Segurado principal receber a indenização do segundo evento no decorrer de um mesmo ano de vigência da apólice;
- f) Houver pedido expresso, por escrito do Segurado.

10. GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NESTA COBERTURA

- **Acidente Pessoal no Trabalho:** É o evento que além de atender todas características descritas no “GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS” para “Acidente Pessoal”, que ocorrer no exercício de função profissional, a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho, ou produzindo lesão que exija atenção médica para a sua recuperação.

10.1. Incluem-se, ainda, nesse conceito, o acidente ocorrido fora do local e horário de trabalho, desde que o indivíduo se encontre:

- Na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;
- Na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
- Em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão de obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- No percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado;
- Nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho.

10.2. NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal no trabalho:

- 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;
- As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho • DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo • LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

- 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 incapacidade por acidente pessoal.
- Incapacidade laborativa total e temporária por acidente pessoal no trabalho: a impossibilidade de o Segurado exercer as atividades laborativas rotineiras de sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, para se recuperar de “acidente pessoal no trabalho”.
- Remuneração mensal: corresponde a soma do salário base, comissão, DSR, adicional noturno, repouso remunerado e produtividade.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL E DOENÇA - CLT (DIT-AD-CLT)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao Segurado, exceto se decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais do seguro e Condições Contratuais, caso:
 - a) O Segurado seja afastado contínua e ininterruptamente de suas atividades laborativas, em decorrência de Acidente Pessoal ou Doença cobertas, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, e que;
 - b) O valor do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social for inferior ao valor da “remuneração mensal” que o Segurado receberia se estivesse trabalhando;
 - c) O Segurado possua vínculo empregatício com o Estipulante, por meio de contrato de trabalho, com registro em carteira profissional e regido conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho).

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. Está coberta a incapacidade física total, temporária e involuntária do Segurado, mediante devida comprovação, decorrente de Acidente Pessoal coberto ou Doenças, que causem seu afastamento das suas atividades profissionais, observado os períodos de carência e franquia e as demais condições contratuais desta cobertura.
- 2.2. 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.
- 2.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
- 2.4. Em caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.
- 2.5. A indenização por incapacidade física será devida a partir do 16º dia, inclusive da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico.

- 2.6. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.
- 2.7. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) Gravidez,
- b) Parto ou aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- c) Eventos provocados intencionalmente pelo segurado;
- d) Doenças preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas no ato da contratação; e
- e) Doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- f) Inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para a cura de infertilidade e para controles de natalidade;
- g) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidente ocorrido na vigência individual do seguro;
- h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com a finalidade estética, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações físicas e orgânicas, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de evento ocorrido na vigência individual;
- i) Tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- j) Tratamentos odontológicos e ortodônticos, salvo quando decorrentes de acidente pessoal coberto, ocorridos dentro do período de vigência individual;
- k) Intervenções médicas ou tratamentos com drogas ou materiais experimentais, qualquer que seja a fase de desenvolvimento destes.
- l) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- m) Tratamento para mudança de sexo;
- n) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- o) Procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica;
- p) Procedimentos não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;

- q) A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), bem como toda e qualquer complicação ou consequência, inclusive infecções oportunistas dela decorrentes;
- r) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- s) As anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- t) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- u) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- v) As doenças de características, reconhecidamente, progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrite;
- w) As lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;
- x) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- y) Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;
- z) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.
- aa) Qualquer caracterização de invalidez com ocorrência em datas anteriores à data da contratação do seguro ou do início da cobertura individual;
- bb) Casos em que o valor do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social for igual ao valor da remuneração que o Segurado receberia se estivesse trabalhando;
- cc) Também fica expressamente excluído desta cobertura qualquer afastamento decorrente de invalidez permanente, seja ela parcial ou total;
- dd) Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez permanente, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às indenizações previstas por esta cobertura, a partir da data de sua caracterização permanente.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 4.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidentes.
- 4.2. O Segurado só terá direito à cobertura e respectiva indenização a partir do primeiro dia após o período de franquia.
- 4.3. A franquia será de 15 (quinze) dias, a partir da data do evento coberto que provocar a incapacidade física total e temporária do Segurado, e o afastar de suas atividades laborativas por período ininterrupto e superior a 15 (quinze) dias.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, e corresponderá ao número de diárias contratadas, multiplicado pelo valor contratado para cada diária, conforme estabelecido na apólice vigente na data do evento.
- 5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento a data da constatação da incapacidade física total e temporária do Segurado que deu origem ao sinistro, comprovada através de laudo médico devidamente datado.
 - 5.2.1. Considerando que esta cobertura visa garantir uma complementação salarial em função de afastamento de atividades profissionais, o valor a ser indenizado por cada diária, será limitado ao valor da diferença entre o valor da “*remuneração mensal*” que Segurado receberia se estivesse trabalhando dividido por 30, e o valor mensal do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social, dividido por 30.
- 5.3. O valor total da indenização corresponderá ao valor contratado para cada diária, estabelecido na apólice, multiplicado pelo número de diárias consecutivas no período iniciado após o término do período de franquia e finalizado na data da liberação médica para retorno as atividades laborativas, respeitando o limite de diárias previsto na apólice.
- 5.4. O pagamento da indenização ao Segurado será realizado na forma optada pelo Estipulante no ato da contratação, conforme os critérios a seguir:
 - 5.4.1. Pagamento único: pagamento do valor total da indenização em uma única parcela.
 - 5.4.2. Pagamento parcelado: pagamento do valor total da indenização em parcelas com a periodicidade de 30 dias, a partir do afastamento, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária.
 - 5.4.2.1. Para apólices em que o Estipulante optar pelo pagamento parcelado da indenização, para recebimento de cada parcela, a cada 30 dias, o Segurado deverá apresentar documento comprobatório do estado de incapacidade física total e temporária.
- 5.5. Esta cobertura poderá ser acionada no máximo duas vezes, para cada ano de vigência da apólice, pois está prevista uma única reintegração automática do capital, que ocorrerá automaticamente após o primeiro sinistro do respectivo segurado.
- 5.6. Não haverá reintegração de capital para novos afastamentos em virtude de evento já indenizado, nestes casos, ocorrerá pagamento complementar, respeitado o número de diárias contratadas e o valor máximo de cada diária.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 6.1. Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais deste seguro, para devida liquidação de sinistros, quando da ocorrência de evento coberto, é necessário o envio dos documentos abaixo listados e 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) Se a incapacidade física for decorrente de acidente de trabalho: formulário “*Comunicação de acidente de trabalho – CAT*”;
- e) Carteira de Trabalho e Contrato de Trabalho do Segurado;
- f) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho) do mês imediatamente anterior a data de ocorrência do sinistro.
- g) Relatório com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável pelo tratamento e com indicação de CRM, apontando expressamente a data de início da incapacidade e a necessidade de afastamento das atividades laborativas, acompanhado de todos os exames comprobatórios, devidamente datados;
- h) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Boletim de Ocorrência Policial se houver;
- j) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- k) Laudo e exames médicos comprovando a data do término do período de afastamento, e, portanto, o final da incapacidade;
- l) Documento com o valor do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social;
- m) Os 3 últimos holerites para comprovar o valor da remuneração mensal, considerando, salário base, comissão, DSR, adicional noturno, repouso remunerado e produtividade;

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado. Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado, tornando-o incapaz para os atos da vida civil, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura será cancelada se:

- a) A apólice for cancelada pelo Estipulante;
- b) Houver pedido expresso, por escrito, do Estipulante;
- c) O Segurado principal for excluído desta apólice;

- d) Ocorrer a morte ou a invalidez permanente do Segurado principal;
- e) O Segurado principal receber a indenização do segundo evento no decorrer de um mesmo ano de vigência da apólice;
- f) Houver pedido expresso, por escrito, do Segurado.

10. GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NESTA COBERTURA

10.1. **Doença:** sintomas e quaisquer alterações evidentes do estado de saúde do Segurado, podendo ser adquiridas ou congênitas.

10.2. **Incapacidade física total e temporária:** decorrente de acidente pessoal coberto ou doença, que impossibilite ao Segurado exercer as atribuições de sua profissão ou ocupação, dentro do período em que se encontrar sob tratamento médico.

10.3. **Remuneração mensal:** corresponde a soma do salário base, comissão, DSR, adicional noturno, repouso remunerado e produtividade.

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
DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE
PESSOAL - CLT (DIT-AP-CLT)**

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao Segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais do seguro e Condições Contratuais, mediante preenchimento simultâneo dos seguintes requisitos:
- a) Afastamento integral do Segurado de suas atividades laborativas, em decorrência de Acidente Pessoal coberto, que impossibilite o exercício de sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico para recuperação;
 - b) Valor do auxílio doença-acidentário concedido pelo órgão de seguridade social inferior ao valor da “remuneração mensal” recebida pelo Segurado no exercício de sua atividade laborativa;
 - c) Existência de vínculo empregatício entre o Segurado e o Estipulante, por meio de contrato de trabalho, com registro em carteira profissional e regido conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho).

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. Está coberta a incapacidade física total e temporária, involuntária e comprovada do Segurado, decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal coberto que causa seu afastamento de suas atividades profissionais, observado o período de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.
- 2.2. A cobertura está limitada ao número de diárias e respectivos capitais segurado contratados por evento e cessa no momento em que o segurado obtiver alta médica.
- 2.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, e está limitado ao máximo de 365 diárias por evento.
- 2.4. Em caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.
- 2.5. A indenização por incapacidade física será devida a partir do 16º dia, inclusive da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico.

- 2.6. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.
- 2.7. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) Lesões que não exijam tratamento médico;
- b) Gravidez;
- c) Parto ou aborto, exceto se decorrente diretamente de acidente pessoal coberto;
- d) Acidentes provocados intencionalmente pelo próprio Segurado;
- e) Caracterização de incapacidade em datas anteriores à contratação do seguro ou do início da cobertura individual;
- f) Casos em que o valor do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social for igual ao valor da remuneração que o Segurado receberia se estivesse trabalhando;
- g) Ocorrência de afastamento decorrente de invalidez permanente, parcial ou total;
- h) Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez permanente, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às indenizações previstas por esta cobertura, a partir da data de sua caracterização permanente;
- i) Eventos provocados intencionalmente pelo segurado;
- j) Doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- k) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- l) Procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica;
- m) Procedimentos não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;
- n) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- o) Casos em que o valor do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social for igual ao valor da remuneração que o Segurado receberia se estivesse trabalhando;
- p) Também fica expressamente excluído desta cobertura qualquer afastamento decorrente de invalidez permanente, seja ela parcial ou total;
- q) Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez permanente, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às indenizações previstas por esta cobertura, a partir da data de sua caracterização permanente.

4. CARÊNCIA

4.1. Não há carência para os eventos cobertos de acidentes.

5. FRANQUIA

5.1. A franquia será ser 15 (quinze) dias, contados a partir da data do evento coberto que provocar a incapacidade física total e temporária do Segurado, e o afastar de suas atividades laborativas por período ininterrupto e superior a 15 (quinze) dias.

5.2. O Segurado só terá direito à cobertura e respectiva indenização a partir do dia seguinte ao término do período de franquia.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, e corresponderá ao número de diárias contratadas, multiplicado pelo valor contratado para cada diária, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

6.2. Considerando que esta cobertura visa garantir uma complementação salarial em função de afastamento de atividades profissionais, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como data do evento a data da constatação da incapacidade física total e temporária do Segurado, que deu origem ao sinistro.

6.3. O valor a ser indenizado por cada diária, será limitado ao valor da diferença entre o valor da “*remuneração mensal*” que o Segurado receberia se estivesse trabalhando dividido por 30, e o valor mensal do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social dividido por 30. O valor da indenização corresponderá ao valor contratado para cada diária estabelecido na apólice, multiplicado pelo número de diárias consecutivas, limitado à previsão contida na apólice, com início no dia seguinte ao término do prazo de franquia e término na data de liberação para retorno às atividades laborativas rotineiras, respeitando o limite de diárias previsto na apólice.

6.4. O pagamento da indenização ao Segurado será realizado conforme estabelecido nas condições contratuais, estando a critério do Estipulante, no momento da contratação, a opção pelos seguintes modos:

6.4.1. Pagamento único: pagamento do valor total da indenização em parcela única.

6.4.2. Pagamento parcelado: pagamento do valor da indenização em parcelas, com periodicidade de 30 dias do afastamento, enquanto permanecer a incapacidade física total e temporária coberta pelo seguro contratado.

6.4.2.1. Se o Estipulante optar pelo pagamento parcelado da indenização, para recebimento de cada parcela, dentro do prazo de 30 dias, o

Segurado deverá comprovar a continuidade do estado de incapacidade física total e temporária.

- 6.5. Esta cobertura poderá ser acionada no máximo duas vezes por cada segurado, para cada ano de vigência da apólice, pois está prevista uma única reintegração automática do capital, que ocorrerá automaticamente após o primeiro sinistro do respectivo segurado.
- 6.6. Para novos afastamentos em virtude de evento já indenizado, não haverá reintegração de capital, sendo realizado o pagamento complementar respeitado o número de diárias contratadas e o valor máximo de cada diária.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 7.1. Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais do seguro, em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado deverá encaminhar à Seguradora os documentos necessários abaixo listados para liquidação de sinistros 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) Se a incapacidade for decorrente de acidente de trabalho: formulário “Comunicação de acidente de trabalho – CAT”;
 - e) Carteira de Trabalho e Contrato de Trabalho do Segurado;
 - f) Comprovante de vínculo com o Estipulante;
CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho) do mês imediatamente anterior à data de ocorrência do sinistro;
 - g) Relatório com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável pelo tratamento e com indicação de CRM, apontando expressamente a data de início da incapacidade e a necessidade de afastamento das atividades laborativas, acompanhado de todos os exames comprobatórios, devidamente datados;
 - h) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - i) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - j) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - k) Laudo e exames médicos atestando a data do término do período de afastamento, e, portanto, o final da incapacidade;
 - l) Documento com o valor do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social;

- m) Os 3 últimos holerites que comprovem o valor da remuneração mensal, considerando, salário base, comissão, DSR, adicional noturno, repouso remunerado e produtividade;

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1. O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado. Em caso de sinistro que cause alienação mental total incurável do Segurado tornando-o incapaz para a prática dos atos da vida civil, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

- 10.1. Esta cobertura será cancelada se:

- a) A apólice for cancelada pelo Estipulante;
- b) Houver pedido expresso, por escrito, do Estipulante;
- c) O Segurado principal for excluído desta apólice;
- d) Ocorrer a morte ou a invalidez permanente do Segurado principal;
- e) O Segurado principal receber a indenização do segundo evento no decorrer de um mesmo ano de vigência da apólice;
- f) Houver pedido expresso, por escrito, do Segurado.

11. GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NESTA COBERTURA

- 11.2. Incapacidade física total e temporária: decorrente de acidente pessoal coberto que impossibilite ao Segurado exercer as atribuições de sua profissão ou ocupação, dentro do período em que se encontrar sob tratamento médico.

- 11.3. Remuneração mensal: corresponde à soma do salário base, comissão, DSR, adicional noturno, repouso remunerado e produtividade.

12. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO POR MORTE (RCT-M)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao Beneficiário, no caso da morte do Segurado, exceto se decorrentes de riscos excluído e observadas as demais Condições Gerais e Condições Contratuais do seguro.

2. GARANTIA AO ESTIPULANTE

- 2.1. Esta cobertura garantirá o pagamento de indenização ao Estipulante, no valor do capital segurado contratado, para fazer frente ao pagamento de verba rescisória, em razão da Rescisão de Contrato de Trabalho, exclusivamente por morte do Segurado Principal.
- 2.2. O legítimo interesse do Estipulante em figurar como Beneficiário se caracteriza pelos gastos imediatos e inesperados, consequentes da rescisão do contrato de trabalho do Segurado e gastos incorridos com sua formação profissional, intrínsecos à relação de vínculo empregatício.
- 2.3. Esta cobertura somente poderá ser contratada quando o vínculo do Segurado com o Estipulante for exclusivamente empregatício, ou seja, para segurados que possuam registro em carteira profissional feito pelo Estipulante antes do sinistro. O registro anterior ao sinistro deve ser comprovado pela CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho) do mês imediatamente anterior.
- 2.4. O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. 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 individual.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data de falecimento do Segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

6. CARÊNCIA

- 6.1. Poderá ser estabelecida a carência máxima de 180 (cento e oitenta) dias para eventos decorrentes de causas naturais ou doença.

7. DOCUMENTOS PARA 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 de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do Estipulante;
- f) Carteira de Trabalho e Contrato de Trabalho do Segurado;
- g) 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);
- h) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho e Guia de Recolhimento do FGTS (GFIP e/ou GRF) do mês da ocorrência do sinistro (Cópia Simples).

7.2. A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados, e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. O Beneficiário desta cobertura será unicamente o Estipulante.

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 RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO POR MORTE ACIDENTAL (RCT-MA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao Beneficiário, no caso de morte acidental do Segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Condições Contratuais do seguro.

2. GARANTIA AO ESTIPULANTE

- 2.1. Esta cobertura garantirá o pagamento de indenização ao Estipulante, no valor do capital segurado contratado, para fazer frente ao pagamento de verba rescisória, em razão da Rescisão de Contrato de Trabalho, exclusivamente por morte acidental do Segurado Principal.
- 2.2. O legítimo interesse do Estipulante em figurar como Beneficiário se caracteriza pelos gastos imediatos e inesperados, consequentes da rescisão do contrato de trabalho do Segurado e gastos incorridos com sua formação profissional, intrínsecos à relação de vínculo empregatício.
- 2.3. Esta cobertura somente poderá ser contratada quando o vínculo do Segurado com o Estipulante for exclusivamente empregatício, ou seja, para segurados que possuam registro em carteira profissional feito pelo Estipulante antes do sinistro. O registro anterior ao sinistro deve ser comprovado pela CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho) do mês imediatamente anterior.
- 2.4. O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

3. RISCOS COBERTOS

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Ratificam-se os termos da cláusula RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Conforme item LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO 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 Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do Estipulante;
- f) Carteira de Trabalho e Contrato de Trabalho do Segurado;
- g) 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);
- h) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho e Guia de Recolhimento do FGTS (GFIP e/ou GRF) do mês da ocorrência do sinistro (Cópia Simples).

6.2. A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados, e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. O Beneficiário desta cobertura será unicamente o Estipulante.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1. 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 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 o mesmo, 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 paga 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 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 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 na proposta de adesão 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:

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

- j) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- k) Comprovante de residência do Segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- l) 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;
- m) Certidão de Nascimento do filho segurado;
- n) Relatório do médico-assistente indicando a patologia e data em que esta foi oficialmente diagnosticada e detalhando o quadro clínico;
- o) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do diagnóstico da doença), incluindo laudos e resultados de exames.
- p) 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 na Proposta de Adesão, 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.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO (ET)

1. OBJETIVO

- 1.1. Tendo sido a ratificada no Contrato, a presente Cláusula tem por objetivo estabelecer a distribuição do excedente técnico da apólice, desde que tenham sido pagas todas as faturas do período de apuração e observadas as demais disposições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Considera-se como Excedente Técnico a diferença positiva entre as receitas e despesas, apurada de acordo com os critérios estabelecidos no item 4 abaixo.
- 2.2. O termo IBNR abordado no item 4, se refere à provisão técnica obrigatória para as Seguradoras, de forma a garantir o pagamento dos sinistros ocorridos e ainda não avisados.

3. APURAÇÃO

- 3.1. O Excedente Técnico será apurado a cada período de 12(doze) meses de vigência do seguro.
- 3.2. A apuração será realizada até 60 (sessenta) dias após o pagamento da última fatura correspondente ao término do período indicado no subitem anterior e a distribuição em até 30 (trinta) dias da apuração.
- 3.3. O percentual de distribuição do Excedente Técnico será estabelecido no Contrato.

4. CRITÉRIOS DA APURAÇÃO

4.1. Consideram-se como RECEITAS:

- a) Prêmios líquidos emitidos, efetivamente pagos, correspondentes à competência do período da apuração;
- b) Sinistros computados em períodos anteriores, posteriormente estornados;
- c) IBNR considerado na apuração anterior, conforme definido na alínea “f”, do item 4.2 abaixo.

4.2. Consideram-se como DESPESAS:

- 4.2.1. Comissões de corretagem, comissões de administração/pró-labore e agenciamentos pagos durante o período;
- 4.2.2. Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, inclusive despesas de sinistro, avisados ou pagos até a data de apuração do excedente e ainda não considerados em períodos anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado.
- 4.2.3. Saldos negativos de excedentes técnicos apurados em períodos anteriores, ainda não compensados;

- 4.2.4. Impostos diretos sobre a emissão, PIS e COFINS, apurados de acordo com a legislação vigente. Outros impostos, incidentes sobre a emissão, que vierem a ser criados e estejam vigentes no período, serão incluídos na apuração;
 - 4.2.5. Despesas de administração da Seguradora, conforme indicado no Contrato;
 - 4.2.6. Percentual sobre o total dos sinistros computados na apuração, a título de IBNR, para suportar os sinistros ocorridos e ainda não avisados à Seguradora, conforme indicado no Contrato.
- 4.3. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente pelo IPCA-IBGE, a partir:
- 4.3.1. Do respectivo pagamento para prêmios e comissões;
 - 4.3.2. Do aviso à Seguradora para os sinistros;
 - 4.3.3. Da respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
 - 4.3.4. Do efetivo pagamento, para outras despesas.
- 4.4. O resultado apurado de Excedente Técnico será atualizado monetariamente pelo IPCA-IBGE, desde o término do período de apuração até sua distribuição.

5. CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

- 5.1. Para a distribuição do Excedente Técnico serão observadas as seguintes condições:
- 5.1.1. Nos seguros não contributários a devolução caberá integralmente ao Estipulante.
 - 5.1.2. Nos seguros contributários, a distribuição será destinada ao Segurado, integralmente ou parcialmente proporcional à sua contribuição no prêmio do seguro.
 - 5.1.3. Em substituição aos itens 5.1 e 5.2 o Excedente Técnico poderá ainda ser revertido em quitação de faturas subsequentes, quando a apólice for renovada e mediante expressa solicitação.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGES

1. OBJETIVO

- 1.1. Tendo sido a contratada na apólice, a presente cobertura tem por objetivo estabelecer a forma de inclusão dos cônjuges dos Segurados principais neste seguro.
- 1.2. Será considerada como Cônjuge, para fim de inclusão, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei.
- 1.3. Equipara-se ao cônjuge, companheiro(a) do Segurado Principal, desde que comprovada a união estável entre ambos, mediante escritura pública, ou outro documento hábil, em conformidade com a legislação em vigor.

2. ADESÃO DE SEGURADOS

- 2.1. A adesão dos cônjuges dos Segurados Principais à apólice poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme especificado na mesma, respeitadas as condições de ingresso e limites de idade estabelecidos na apólice.
- 2.2. Não poderão ser incluídos os cônjuges que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.
- 2.3. Adesão Automática:
 - 2.3.1. Através desta forma de adesão, estarão cobertos todos os cônjuges dos Segurados Principais, mediante o preenchimento e a assinatura da proposta de adesão apenas pelo Segurado Principal, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
 - 2.3.2. Os proponentes que adquirirem a condição de cônjuge após o início de vigência da apólice ou desta Cláusula passarão a usufruir as coberturas previstas na apólice a partir do instante em que for estabelecida a referida condição.
- 2.4. Adesão Facultativa: Através desta forma de adesão, estarão cobertos os cônjuges dos Segurados Principais que fizerem solicitação expressa de inclusão dos mesmos, mediante o preenchimento e a assinatura da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 2.5. A assinatura da proposta de adesão unicamente pelo Segurado Principal ratifica a veracidade das informações prestadas acerca de si e de seu

Cônjuge, pelas quais o Segurado Principal assume inteira responsabilidade.

- 2.6. Não podem participar desta Cobertura os cônjuges ou companheiras (os) que façam parte do grupo segurado como componentes principais.
- 2.7. Poderão participar do seguro somente os cônjuges que estiverem em boas condições de saúde, na data de adesão ao seguro.

3. COBERTURAS

- 3.1. Desde que previstas para o Segurado Principal, poderão ser comprovadas para os cônjuges as coberturas descritas no item 3.1 das Condições Gerais deste seguro.
- 3.2. Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, estarão automaticamente canceladas as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, independente desse fato ter sido ou não comunicado pelo Segurado Principal à Seguradora, e de ter havido pagamento do prêmio.

4. RISCOS COBERTOS

- 4.1. Estarão cobertos os riscos descritos em cada uma das coberturas contratadas para os cônjuges, constantes na Apólice, respeitados os termos e condições desta Cláusula e das demais condições contratuais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. São os previstos para cada cobertura contratada para os Cônjuges.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Os capitais segurados das coberturas contratadas para os cônjuges serão definidos na Apólice e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) dos capitais segurados para o respectivo Segurado Principal.

7. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 7.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta Cláusula começará a vigorar:
 - a) Na data do início da cobertura do risco individual do Segurado principal, para o cônjuge admitido no grupo simultaneamente como mesmo;
 - b) Se o cônjuge for incluído no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão;

- c) Na data da inclusão desta Cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta Cláusula for incluída após o início de vigência da mesma.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. Salvo estipulação expressa em contrário na apólice, a indenização é devida:

8.1.1. Por morte: ao Segurado Principal.

8.1.2. Por outras causas e coberturas contratadas para o cônjuge: ao próprio Cônjuge Segurado.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO CÔNJUGE

9.1. Esta cobertura será obrigatoriamente cancelada se:

- a) A apólice for cancelada;
- b) Houver o cancelamento desta Cláusula Suplementar;
- c) Houver o cancelamento do seguro do Segurado principal;
- d) Ocorrer a morte ou invalidez permanente do Segurado principal;
- e) No caso de separação judicial ou de fato, no que se refere ao cônjuge dependente, nos termos da legislação civil vigente;
- f) Com a inclusão do cônjuge no grupo segurado principal;
- g) Houver pedido por escrito do Segurado Principal;
- h) No caso de separação judicial, separação de fato ou divórcio;
- i) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;
- j) Com a ocorrência da Morte do Cônjuge/Companheiro(a).

10. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. 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 Óbito (Cópia autenticada);
- f) Certidão de casamento com data atualizada, extraída após o óbito, com averbações, RG e CPF do falecido (Cópia Simples);
- g) Boletim de Ocorrência Policial – se for o caso (Cópia Simples);
- h) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML – se houver (Cópia simples);

- i) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo (Cópia Simples).

10.2. A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

10.3. A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento do Capital Segurado. Todavia, quando houver dúvida quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor do Capital Segurado, desde que o sinistro esteja coberto.

11. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO

- 1.1. Tendo sido a ratificada na apólice, a presente cobertura tem por objetivo estabelecer a forma de inclusão dos filhos dos Segurados principais neste seguro.
- 1.2. Consideram-se como filhos para o efeito desta cláusula, os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

2. ADESÃO DE SEGURADOS

- 2.1. A inclusão de filhos dos Segurados Principais na apólice poderá ser feita de forma **automática** ou **facultativa**, conforme especificado na mesma, respeitadas as condições de ingresso e limites de idade estabelecidos na apólice:
 - a) **Adesão automática** – através desta forma de adesão, estarão cobertos os filhos de todos os Segurados Principais, nos termos estabelecidos na apólice, a partir da inclusão do Segurado Principal na mesma ou a partir do nascimento do filho, quando posterior à inclusão do Segurado Principal;
 - b) **Adesão facultativa** - através desta forma de adesão, estarão cobertos os filhos dos Segurados Principais que fizerem solicitação expressa de inclusão dos mesmos, mediante o preenchimento e a assinatura da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 2.2. O Segurado Principal assume total responsabilidade sobre as declarações relativas aos filhos.
- 2.3. Quando contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge, também farão parte do seguro os filhos dependentes do cônjuge, de acordo com a legislação do Imposto de Renda.
- 2.4. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cláusula.
- 2.5. Não serão considerados por esta cláusula os filhos e dependentes do segurado que sejam componentes do grupo segurado principal.

3. CONCEITOS

3.1. São considerados filhos do Segurado Principal, para fins desta Cobertura, os seguintes dependentes econômicos do mesmo:

- a) O filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente declarado no Imposto de Renda como dependente;
- b) O filho(a) e o enteado(a) com até 24 anos completos quando universitário e declarado no imposto de Renda como dependente;
- c) O irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um) anos, desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e
- d) O absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curados.

3.2. Não podem ser incluídos no seguro, na qualidade de Segurados Dependentes, seja na forma automática ou na facultativa, os filhos que já ostentem a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice.

3.3. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu filho.

4. COBERTURAS

4.1. Desde que previstas para o Segurado Principal, poderão ser contratadas para os filhos as seguintes coberturas:

- a) Morte (M);
- b) Morte Acidental (MA);
- c) Assistência Funeral por Morte (AF-M);
- d) Assistência Funeral por Morte Acidental (AF-MA);
- e) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMH).

5. RISCOS COBERTOS

5.1. Estarão cobertos os riscos descritos em cada uma das coberturas contratadas para os filhos e constantes na Apólice, respeitados os termos e condições desta Cláusula e das demais condições contratuais.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. São os previstos em cada cobertura contratada para os filhos.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. Os capitais segurados das coberturas contratadas para os filhos serão definidos na Apólice e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) dos capitais segurados do respectivo Segurado Principal.

7.2. No caso de filhos menores de 14 (quatorze) anos, para o risco de morte, nos termos da legislação específica, o capital segurado destina-se exclusivamente 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. Incluem-se entre as despesas havidas com o funeral as havidas com o traslado e não estão cobertas as despesas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta Cláusula começará a vigorar:

- a) Na data do início da cobertura do risco individual do Segurado Principal, para os filhos admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo.
- b) Se o filho for incluído no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão, exceto para o caso de recém-nascidos e inclusão automática.
- c) Na data da inclusão desta Cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta Cláusula for incluída após o início de vigência da mesma.

9. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

9.1. Além dos documentos previstos nas coberturas contratadas, será necessária a apresentação da Certidão de Nascimento, no caso de filhos, ou, sendo enteados ou menores, será necessário termo de Tutela ou de Curatela e, ainda, conforme o caso, de cópia da declaração de Imposto de Renda comprovando a dependência econômica.

9.2. A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

10. BENEFICIÁRIOS

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

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA DOS FILHOS

11.1. As coberturas contratadas para os filhos serão canceladas se:

- a) A apólice for cancelada;
- b) For solicitado o cancelamento desta Cláusula Suplementar;

- c) O Segurado principal for excluído desta apólice;
- d) Ocorrer a morte ou a invalidez permanente do Segurado principal;
- e) Cessar a condição de dependente prevista no Regulamento do Imposto de Renda;
- f) Houver pedido por escrito do Segurado Principal;
- g) Com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;
- h) Com a ocorrência da Morte de todos os dependentes.

12. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE MEMBROS DA FAMÍLIA

1. OBJETIVO

Tendo sido contratada na apólice, a presente Cláusula tem por objetivo estabelecer a forma de inclusão dos membros da família dos Segurados principais neste seguro.

Consideram-se como membros da família os pais e/ou sogros, conforme plano contratado.

2. ADESÃO DE SEGURADOS

2.1 A inclusão dos pais e/ou sogros dos Segurados Principais na apólice será feita de forma facultativa, conforme especificado na mesma, respeitadas as condições de ingresso e limites de idade estabelecidos na apólice:

a) **Adesão facultativa:** através desta forma de adesão, estarão cobertos os pais e/ou sogros dos Segurados Principais, conforme plano contratado, que fizerem solicitação expressa de inclusão dos mesmos, mediante o preenchimento e a assinatura da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

2.2 O Segurado Principal assume total responsabilidade sobre as declarações relativas aos membros da família.

2.3 Não podem participar desta Cláusula os membros da família que façam parte do grupo segurado como segurados principais.

3. COBERTURAS

Desde que previstas para o Segurado Principal, poderão ser contratadas para os membros da família as seguintes coberturas:

- a) Funeral por Morte (AF-M);
- b) Funeral por Morte Acidental (AF-MA).

4. RISCOS COBERTOS

Estarão cobertos os riscos descritos em cada uma das coberturas contratadas para os membros da família, constantes na Apólice, respeitadas os termos e condições desta Cláusula e das demais condições contratuais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

São os previstos em cada cobertura contratada para os membros da família.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1 Os capitais segurados das coberturas contratadas para os membros da família serão definidos na Apólice e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) dos capitais segurados do respectivo Segurado Principal.

7. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura dos riscos individuais previstos nesta Cláusula começará a vigorar:

- 7.1 Na data do início da cobertura do risco individual do Segurado Principal, para os membros da família admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo.
- 7.2 Na data da inclusão desta Cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta Cláusula for incluída após o início de vigência da mesma.

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Além dos documentos previstos nas coberturas contratadas, será necessária a apresentação dos documentos de comprovação da condição de pais e/ou sogros.

9. BENEFICIÁRIOS

As indenizações decorrentes desta cláusula serão pagas conforme descrito na condição especial da cobertura contratada.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA DOS MEMBROS DA FAMÍLIA

As coberturas contratadas para os membros da família serão canceladas se:

- 10.1 A apólice for cancelada;
- 10.2 For solicitado o cancelamento desta Cláusula Suplementar;
- 10.3 O Segurado principal for excluído da apólice;
- 10.4 Ocorrer a morte ou a invalidez permanente do Segurado principal;
- 10.5 Houver pedido por escrito do Segurado Principal para cancelamento.

11. 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 15414.005238/2011-06
(condições gerais Seguro Pessoas – Vida e Acidentes Pessoais Coletivo)
Versão dezembro/2021