Você
nunca
está
sozinho.

Condições Gerais

Seguro Pessoas Coletivo

,too seguros

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO DE PESSOAS

O seguro pessoas coletivo oferece proteção, tranquilidade e segurança para o segurado ou aos seus beneficiários em caso de morte ou invalidez, por exemplo.

Neste material você encontrará as condições gerais, especiais e suplementares que regem o seguro, com direitos e obrigações de todas as partes envolvidas.

Leia atentamente, para que você possa, assim, conhecer todas as vantagens que o seguro oferece.

Too Seguros

ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO 4
2. COBERTURAS DO SEGURO 4
3. NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS) 5
4. QUEM PODE PARTICIPAR DO SEGURO (CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE) 6
5. VALOR SEGURADO CONTRATADO (CAPITAL SEGURADO) 7
6. CARÊNCIA E FRANQUIA 7
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO 7
8. VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO DA APÓLICE E RENOVAÇÃO DO SEGURO 8
9. ATUALIZAÇÃO DO VALOR CONTRATADO E CUSTO DO SEGURO 9
10. PAGAMENTO DO CUSTO DO SEGURO (PRÊMIO) 10
11. CANCELAMENTO DO SEGURO 11
12. PERDA DE DIREITOS 12
13. BENEFICIÁRIOS 13
14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 13
15. PERÍCIA DA SEGURADORA 14
16. FORO 14
17. ÂMBITO GEOGRÁFICO 15
18. PRESCRIÇÃO 15
19. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE 15
20. DISPOSIÇÕES FINAIS 16
21. GLOSSÁRIO 17

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE (M) 22

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA) 25

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) 28

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) 35

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD) 39

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD) – sem exclusão do segurado da Apólice 46

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE FUNERAL POR MORTE (AF-M) 54

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL (AF-MA) 57

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR MORTE (CB-M) 60

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR MORTE ACIDENTAL (CB-MA) 62

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO) 64

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – CLT (PRDI) 67

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (PRIF-AD) 68

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (PRIF-A) 72

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL NO TRABALHO - CLT (PRIL-AT-E) 75

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL NO TRABALHO - CLT (PRIL-AT-S) 79

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL E DOENÇA - CLT (PRIF-AD-CLT) 84

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL - CLT (PRIF-AP-CLT) 89

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO POR MORTE (RCT-M) 93

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO POR MORTE ACIDENTAL (RCT-MA) 95

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DC) 97

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE DECORRENTE DE CRIME 99

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DECORRENTE DE CRIME 102

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL DECORRENTE DE CRIME 109

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTE DE CRIME 111

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE RENDA POR HOSPITALIZAÇÃO DECORRENTE DE CRIME .. 115

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGES 119

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS 120

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE MEMBROS DA FAMÍLIA 124

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO (ET) 126

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO PESSOAS

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização de acordo com o valor contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, desde que respeitadas as todas as condições do contrato de seguro (Condições Gerais, Especiais e Condições Contratuais).

2. COBERTURAS DO SEGURO

2.1 Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles relacionados nas Condições Especiais das coberturas abaixo, que tenham sido efetivamente contratadas e ratificadas nas condições contratuais e apólice, com a indicação dos respectivos valores contratados:

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) 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-E);
p) Perda de Renda por Incapacidade Laborativa Total e Temporária por Acidente Pessoal no Trabalho - CLT (PRIL-AT-S);
q) Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal ou Doença - CLT (PRIF-AD-CLT);
r) Perda de Renda 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) Morte decorrente de crime;
w) Invalidez Permanente Total ou Parcial Decorrente de Crime;
x) Invalidez Permanente Total Decorrente de Crime;
y) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrente de Crime;
z) Renda por hospitalização Decorrente de Crime
aa) Auxílio Funeral por Morte Acidental (AX-MA)

2.2 Quando contratadas, as seguintes Cláusulas Suplementares 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);

2.2.4 Cláusula Suplementar de excedente técnico.

2.3 Das coberturas descritas acima, estas não poderão ser contratadas no mesmo seguro:

2.3.1 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);

2.3.2 Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Sem exclusão do Segurado da Apólice;

2.3.3 Funeral por Morte (ASF-M) e Funeral por Morte Acidental (ASF-MA);

2.3.4 Cesta Básica por Morte (CB-M) e Cesta Básica por Morte Acidental (CB-MA);

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-S); 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. NÃO COBERTOS PELO SEGURO (RISCOS EXCLUÍDOS)

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

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 e crimes 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 valor segurado, na parte que se refere a esse aumento;
i) De inundação, 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) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem, exceto quando decorrer da utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
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. QUEM PODE PARTICIPAR DO SEGURO (CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE)

São elegíveis a participar deste seguro, todas as pessoas físicas que possuírem vínculo com o Estipulante, com idades mínima e máxima estabelecidas no Contrato do Seguro e que se encontrem em perfeitas condições de saúde.

5. VALOR SEGURADO CONTRATADO (CAPITAL SEGURADO)

O valor contratado para cada cobertura do seguro é o valor máximo a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento, estabelecido no Contrato. Valor segurado contratado também é conhecido por capital segurado.

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

Em caso de contratação de coberturas para o(s) dependente(s), o valor contratado não poderá ser superior ao do componente principal.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1 Caso exista carência ou franquia na cobertura, o período estará descrito nas Condições Especiais da respectiva cobertura, além da Proposta de Contratação, 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 valor segurado, 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 apólices transferidas de outra seguradora (migração de apólice), não será iniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados constantes no seguro da 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 valor segurado, 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 valor contratado (capital segurado), na parte que se refere a esse aumento.

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.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1 A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

Este seguro será contratado ou alterado mediante aceitação da proposta de Contratação assinada pelo estipulante (empresa responsável pela contratação do seguro).

Poderão ser incluídos no seguro os componentes elegíveis a participar do seguro 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.

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.

Serão aceitas as propostas de adesão cujos proponentes satisfaçam os requisitos previstos e determinados nas demais condições contratuais.

7.2 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, e com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro. 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.

7.3 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.

7.4 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.

7.5 Em caso de recusa do risco **em que tenha havido adiantamento de valor à Seguradora** para pagamento parcial ou total do seguro, 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 o valor proporcional (pro rata temporis) correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

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 valores pagos à seguradora 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 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 **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.**

8.6 **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.**

8.6.1 **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.**

8.7 Início de Vigência da Cobertura Individual

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

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.

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.

A cobertura do seguro estará suspensa com a inadimplência ou atraso por parte do segurado relativa ao pagamento do valor do seguro pelo Estipulante à Seguradora.

9. ATUALIZAÇÃO DO VALOR CONTRATADO E CUSTO DO SEGURO

9.1 Os valores contratados (capitais segurados) e o custo do seguro (também conhecidos como prêmios) poderão ser 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). Será considerada a variação do índice nos 12 meses que antecedem aos três últimos meses de vigência da apólice.

9.2 Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.

9.3 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.

9.4 Qualquer aumento dos valores contratados implicará em aumento automático dos custos de pagamento, obedecendo à mesma proporção aplicada ao acréscimo dos Capitais.

10. PAGAMENTO DO CUSTO DO SEGURO (PRÊMIO)

10.1 O custeio do seguro pode ser, conforme disposto no Contrato:

10.1.1 **Não-Contributário:** quando o valor do custo do seguro for pago exclusivamente através de recursos do Estipulante, sem a participação do Segurado.

10.1.2 **Contributário:** quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

10.2 O custo 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 valor do seguro corresponder a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento de tal parcela 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 custo do seguro 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 custo do seguro houver sido realizado pelo Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

10.6 O não pagamento do custo do seguro 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 valor 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 for retomado, desde que não superior a 30 (trinta) dias contados a partir da data de vencimento do primeiro valor não pago.

10.8 Nos seguros "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 custo do seguro 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 de forma de prêmio única, 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 o valor recebido, no máximo, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base valor proporcional (*pro rata temporis*).

b) No caso de suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato, será devolvido o valor pago referente ao seguro com prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

10.11 É vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de custo do seguro, de qualquer valor que exceda o destinado ao valor cobrado pela seguradora. Quando houver o recolhimento, juntamente com o custo do seguro, de outros valores devidos ao Estipulante, de qualquer natureza, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do custo do seguro de cada Segurado.

O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é 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 do custo do seguro nos prazos das respectivas faturas.

10.12 É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

a) Quando qualquer fatura referente ao custo do 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 valores 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 custo do seguro 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 aumentar a indenização, sem direito a restituição de prêmio.

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

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

12. PERDA DE DIREITOS

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

12.1 Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam ter influído na aceitação da proposta ou no valor do custo do seguro, sem prejuízo do pagamento do prêmio vencido.

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

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) Cancelar o seguro, retendo, do valor do custo originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do custo cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do valor contratado:

a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, o custo do seguro 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 do custo 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 valor contratado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do custo cabível.

12.2 Pelo não cumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais;

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

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

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

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

12.7 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 valor segurado; e

12.8 Pela agravação intencional do risco.

12.8.1 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.

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.

A Seguradora não poderá cancelar a apólice durante sua vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos. Poderá convocar o Segurado, por escrito, para mediante acordo entre as partes, cancelar o seguro, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de custo cabível.

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

13. BENEFICIÁRIOS

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

14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

14.2 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.
Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do atendimento da solicitação, após novo registro de recebimento datado da área de sinistros, indicando que houve a reentrada do processo e que o prazo voltou a correr.
Após 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 da indenização.

14.3 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 no valor proporcional ("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.

14.4 Todas as despesas efetuadas com a comprovação ou apuração do sinistro e com os documentos de habilitação necessários correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistro e que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão a cargo da Seguradora.

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

14.6 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.

15. PERÍCIA DA SEGURADORA

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

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

16. FORO

Eventuais questões judiciais entre o segurado, o estipulante e/ou a seguradora serão processados e julgados no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

17. ÂMBITO GEOGRÁFICO

As coberturas previstas nestas condições gerais independem da localização da ocorrência do evento coberto por este contrato, salvo disposição em contrário prevista nas condições especiais e/ou no contrato. O pagamento da indenização se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

18. PRESCRIÇÃO

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

19. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE

Constituem obrigações do Estipulante:

I. Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, 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 as Condições Contratuais;

III. Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

IV. Discriminar o valor do custo do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

V. Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente:

VI. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

VII. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;

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

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 ao seguro contratado;

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

XII. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

É expressamente vedado ao Estipulante, nos seguros contributários:

XIII. Cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;

XIV. Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;

XV. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações do seguro contratado;

XVI. 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. 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 plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da referida Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização e contratação.

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. GLOSSÁRIO

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 micro traumas 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.**

Apólice: é o documento emitido pela seguradora formalizando as coberturas contratadas pelo estipulante em conjunto com as condições contratuais.

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

Carência (prazo de carência): é o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do valor segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à aos valores contratados.

Certificado Individual: é o documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes aos valores contratados ou custo do seguro.

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

Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

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

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

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

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.**

Crime: para efeito deste seguro é a violação dolosa da lei penal que cause morte, dano corporal, ou invalidez permanente do segurado e que se enquadre no conceito de acidente pessoal. É obrigatória comunicação a autoridade policial.

Custo do seguro: também conhecido como prêmio, é valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro. Custo líquido exclui os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

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.

Endosso ou Aditivo: é o documento emitido pela Seguradora que expressa qualquer alteração de dados e condições de uma apólice durante sua vigência.

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. Equipara-se ao estipulante, o subestipulante, quando houver.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas no contrato de seguro.

Franquia: período contínuo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do seguro.

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

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

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

Grupo Segurável: são elegíveis a participar deste seguro, todas as pessoas físicas que possuírem vínculo com o Estipulante, com idades mínima e máxima estabelecidas no Contrato do Seguro e que se encontrem em perfeitas condições de saúde.

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

Indenização: valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou aos seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

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

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

segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Migração de Apólices: é a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

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

Proponente: é o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), aderindo ao contrato.

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

Proposta de Contratação: 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.

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

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

Segurado: pessoa física ou jurídica que contratou o seguro, sendo:

a) Segurados Principais – são aquelas pessoas que mantêm vínculo com o Estipulante.
b) Segurados Dependentes – são os cônjuges e filhos dependentes do Segurado Principal, assim considerados de acordo com a regulamentação do INSS e do Imposto de Renda.

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

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

Seguro Não-Contributário: aquele em que o Estipulante paga o prêmio total do seguro.

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

Valor Segurado: também conhecido como 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.

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

Vigência da Cobertura Individual: é o período de validade das coberturas contratadas, para cada segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE (M)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor contratado ao beneficiário, no caso da **morte do segurado**, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

4.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada "data do evento coberto" a data de falecimento do segurado, em caso de morte natural comprovada mediante certidão de óbito ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

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 valor segurado por morte.

5. CARÊNCIA

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

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

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

e) cópia simples da certidão de óbito
f) cópia simples da certidão de casamento atualizada, emitida após o óbito
g) certidão de união estável e/ou declaração de convivência conjugal
h) proposta de adesão, com designação de beneficiários e Declaração Pessoal de Saúde (DPS) – RH da empresa
i) cópia simples do último holerite
j) cópia simples do contrato social atualizado
k) ficha do empregado atualizado

l) beneficiários
- declaração de herdeiros, com firma reconhecida da assinatura do declarante e das testemunhas
- cópia simples do RG ou CNH de todos os herdeiros do segurado
- cópia simples ou número do CPF dos herdeiros
- cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome de cada um dos herdeiros
- dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

m) no caso de união estável, enviar cópia simples de 2 (dois) dos documentos a seguir:
- cópia simples da declaração do imposto de renda e/ou declaração do INSS onde consta o (a) companheiro (a) como dependente
- comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS
- comprovante de dependente no convênio médico
- tutela e/ou declaração de pátrio poder para beneficiários menores de 18 anos

n) em caso de morte acidental, enviar também:
- cópia simples do boletim de ocorrência
- cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)

o) em caso morte do cônjuge – caso contratada a cobertura, enviar também:
- cópia simples do RG e CPF do cônjuge
- cópia simples comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do cônjuge
- cópia simples da certidão de casamento atualizada, emitida após o óbito
- declaração de união estável

p) em caso morte do filho – caso contratada a cobertura, enviar também:
   - cópia simples da certidão de nascimento, RG ou CNH do filho
   - cópia simples ou número do CPF do filho
   - comprovante de despesas com o funeral, se menor de 14 anos.

7. BENEFICIÁRIOS

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 valor contratado será pago conforme determinado em lei. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

7.4. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

7.5. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

2. RISCOS COBERTOS

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

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

4.3. A indenização por morte acidental, 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 valor segurado por morte.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal
b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
c) cópia simples ou número do CPF do segurado
d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
e) cópia simples da certidão de óbito
f) cópia simples do boletim de ocorrência
g) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)
h) cópia simples da certidão de casamento atualizada, emitida após o óbito
i) certidão de união estável e/ou declaração de convivência conjugal

j) proposta de adesão, com designação de beneficiários e Declaração pessoal de saúde (DPS) – RH da empresa
k) cópia simples do último holerite
l) cópia simples do contrato social atualizado
m) ficha do empregado atualizado
n) beneficiários
- declaração de herdeiros, com firma reconhecida da assinatura do declarante e das testemunhas
- cópia simples do RG ou CNH de todos os herdeiros do segurado
- cópia simples ou número do CPF dos herdeiros
- cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome de cada um dos herdeiros
- dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
- autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

o) no caso de união estável, enviar cópia simples de 2 (dois) dos documentos a seguir:
- cópia simples da declaração do imposto de renda e/ou declaração do INSS onde consta o (a) companheiro (a) como dependente
- comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS
- comprovante de dependente no convênio médico
- tutela e/ou declaração de pátrio poder para beneficiários menores de 18 anos

p) em caso morte do cônjuge – caso contratada a cobertura, enviar também:
- cópia simples do RG e CPF do cônjuge
- cópia simples comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do cônjuge
- cópia simples da certidão de casamento atualizada, emitida após o óbito
- declaração de união estável

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado 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 valor segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

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

6.4. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

6.5. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

1. OBJETIVO

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

2. RISCOS COBERTOS

2.1. O risco coberto por esta cobertura é a 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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½, 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.

	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
INVALIDEZ PERMANENTE DIVERSAS	**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**

	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL

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

2.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à

percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

2.4. Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

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

2.8. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 3. 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

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.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

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

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

4.4. A indenização por invalidez permanente por acidente e morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor segurado por morte.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

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

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

j) cópia simples do RG ou CNH do curador
k) cópia simples ou número do CPF do curador
l) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do curador
m) autorização de pagamento do curador nomeado
n) cópia autenticada da interdição judicial (curatela)
o) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do curador (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

6. JUNTA MÉDICA

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

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

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a

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

7. BENEFICIÁRIOS

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

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

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

1. OBJETIVO

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

2. RISCOS COBERTOS

2.1. O risco coberto por esta cobertura é a 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 não passíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e ocorridos durante a vigência da apólice:

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

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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 3. 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
f) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

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

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

4.1. O valor 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 valor 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. Depois de paga indenização por invalidez permanente total, o seguro individual será cancelado.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM
b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
c) cópia simples ou número do CPF do segurado
d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
e) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
f) cópia simples do boletim de ocorrência, se houver
g) cópia simples de todos os exames e relatórios médicos que estejam relacionados com a lesão / sequela.

h) cópia simples do relatório médico contendo data do diagnóstico, evolução do quadro clínico, data da caracterização da invalidez permanente e data da alta médica
i) cópia simples do comprovante de vínculo empregatício do segurado (no mês do evento)

para os casos onde o segurado necessitou de interdição judicial (curatela), anexar, além dos documentos acima:
p) cópia simples do RG ou CNH do curador
q) cópia simples ou número do CPF do curador
r) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do curador
s) autorização de pagamento do curador nomeado
t) cópia autenticada da interdição judicial (curatela)
u) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do curador (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

6. JUNTA MÉDICA

A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.
Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.
Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.
Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

7. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado. 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

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

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

2. RISCOS COBERTOS

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

2.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de um dos quadros clínicos incapacitantes abaixo, decorrente exclusivamente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado e que deverão ser comprovados através dos parâmetros e documentos especificados no item 6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS destas Condições Especiais:

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

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

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

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

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

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

g) Deficiência visual, decorrente de doença proveniente de:

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

h) Estados mórbidos, decorrentes de doença, que acarretem:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

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

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

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

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

- O 1° 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 2° ou no 3° grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- Todos os atributos constantes na primeira tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, enquadrando cada atributo em apenas uma graduação.

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados 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) **Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;**
c) **A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

4.1. O valor 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 valor 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 será excluído da apólice.

5. CARÊNCIA

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

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM

b) relatório ou Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, assinado pelo médico do segurado, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato em que foi atingido o estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante coberto, também 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

c) cópia simples dos 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

d) cópia simples do RG ou CNH do segurado

e) cópia simples ou número do CPF do segurado

f) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado

g) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

h) cópia simples do comprovante de vínculo empregatício do segurado (no mês do evento) – quando seguro contratado por empresa

i) para os casos onde o segurado necessitou de interdição judicial (curatela), anexar, além dos documentos acima:
   - cópia simples do RG ou CNH do curador
   - cópia simples ou número do CPF do curador
   - cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do curador
   - autorização de pagamento do curador nomeado
   - cópia autenticada da interdição judicial (curatela)
   - cópia simples de um comprovante dos dados bancários do curador (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

Se necessário, o segurado deve facilitar os meios para obtenção dos documentos necessários à regulação do sinistro.

7. JUNTA MÉDICA

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

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

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

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

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

8. BENEFICIÁRIO

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.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

10. 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	1° 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
	2° 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
	3° 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	1° GRAU: O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2° 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

	3° GRAU: O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

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

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

11. GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NA COBERTURA DE IFPD:

- **Agravo mórbido:** piora de uma doença.
- **Alienação mental:** distúrbio mental ou neuro mental 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.

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

1. OBJETIVO

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

2. RISCOS COBERTOS

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

2.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de um dos quadros clínicos incapacitantes abaixo, decorrente exclusivamente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado e que deverão ser comprovados através dos parâmetros e documentos especificados no item 6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS destas Condições Especiais:

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

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

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

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

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

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

g) Deficiência visual, decorrente de doença proveniente de:

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

h) Estados mórbidos, decorrentes de doença, que acarretem:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

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

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

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

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

- O 1° 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 2° ou no 3° grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- Todos os atributos constantes na primeira tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, enquadrando cada atributo em apenas uma graduação.

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 3. Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos

corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;

c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

4.1 O valor segurado contratado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento e será realizado sob a forma de pagamento único.

4.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor 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

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

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

a) Os documentos necessários de sinistros são:

b) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM

c) relatório ou Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, assinado pelo médico do segurado, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato em que foi atingido o estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante coberto, também 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

d) cópia simples dos 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

e) cópia simples do RG ou CNH do segurado

f) cópia simples ou número do CPF do segurado

g) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
h) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
i) cópia simples do comprovante de vínculo empregatício do segurado (no mês do evento) – quando seguro contratado por empresa
j) para os casos onde o segurado necessitou de interdição judicial (curatela), anexar, além dos documentos acima:
   - cópia simples do RG ou CNH do curador
   - cópia simples ou número do CPF do curador
   - cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do curador
   - autorização de pagamento do curador nomeado
   - cópia autenticada da interdição judicial (curatela)
   - cópia simples de um comprovante dos dados bancários do curador (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

Se necessário, o segurado deve facilitar os meios para obtenção dos documentos necessários à regulação do sinistro.

7. JUNTA MÉDICA

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

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

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

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

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

8. BENEFICIÁRIO

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.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

10. 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	1° 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
	2° 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
	3° 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	1° GRAU: O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00

	2° 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
	3° GRAU: O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

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

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

11. GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NA COBERTURA DE IFPD:

- **Agravo mórbido:** piora de uma doença.
- **Alienação mental:** distúrbio mental ou neuro mental 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE FUNERAL POR MORTE (AF-M)

1. OBJETIVO

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

2. RISCOS COBERTOS

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

2.1. A 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.

2.1.1. 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).

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

2.3. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

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

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

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

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 de seu procurador.**

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

2.4. DESPESAS COBERTAS

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os seguintes riscos:

a) Custos de aquisição do jazigo.

b) Locação e manutenção do jazigo.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

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

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal

b) cópia simples do RG ou CNH do segurado

c) cópia simples ou número do CPF do segurado

d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado

e) cópia simples da certidão de óbito

f) cópia simples da proposta de adesão e declaração pessoal de saúde (DPS) RH da empresa

g) cópia simples do último holerite

h) cópia simples do contrato social atualizado do estipulante

i) ficha do empregado atualizado

em caso de morte acidental, enviar também:

j) cópia simples do boletim de ocorrência
k) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)

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

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

6. BENEFICIÁRIO

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

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

1. OBJETIVO

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

2. RISCOS COBERTOS

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

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

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.

2.1.1. 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).

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

2.2. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

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

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

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

2.2.3. 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 de seu procurador.**

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

2.3. DESPESAS COBERTAS

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os seguintes riscos:

a) Custos de aquisição do jazigo.

b) Locação e manutenção do jazigo.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

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

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal

b) cópia simples do RG ou CNH do segurado

c) cópia simples ou número do CPF do segurado

d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado

e) cópia simples da certidão de óbito

f) cópia simples do boletim de ocorrência

g) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)

h) cópia simples da proposta de adesão e declaração pessoal de saúde (DPS) RH da empresa

i) cópia simples do último holerite

j) cópia simples do contrato social atualizado do estipulante

k) ficha do empregado atualizado

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

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

6. BENEFICIÁRIO

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

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor contratado ao beneficiário, no caso da **morte do segurado**, para auxílio na aquisição de cesta básica de alimentos, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

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

Será garantido o pagamento mensal ou total do valor contratado, de acordo com a quantidade de cestas contratadas, conforme definido na proposta de contratação, no contrato, na apólice e no certificado individual, até o valor contratado para esta garantia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS, das condições gerais deste seguro.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

4.2. O valor contratado desta garantia e a quantidade de cestas cobertas serão definidos na apólice.

4.3. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada "data do evento coberto" a data de falecimento do segurado, em caso de morte natural, comprovada mediante certidão de óbito ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal
b) cópia simples do RG ou CNH do segurado
c) cópia simples ou número do CPF do segurado
d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
e) cópia simples da certidão de óbito
f) cópia simples do boletim de ocorrência (se houver)
g) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)

6. BENEFICIÁRIO

6.1. O beneficiário que fará jus ao recebimento da cesta básica será aquele indicado pelo segurado na proposta de adesão, ou, na falta de indicação, conforme os termos da legislação civil em vigor.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

Garantir o pagamento do valor contratado ao beneficiário, no caso da **morte acidental do segurado**, para auxílio na aquisição de cesta básica de alimentos, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

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

Será garantido o pagamento mensal ou total do valor contratado, de acordo com a quantidade de cestas contratadas, conforme definido na proposta de contratação, no contrato, na apólice e no certificado individual, até o valor contratado para esta garantia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

4.2. O valor segurado desta garantia e a quantidade de cestas cobertas serão definidos na apólice.

4.3. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada "data do evento coberto" a data do acidente que deu origem ao sinistro.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal

b) cópia simples do RG ou CNH do segurado

c) cópia simples ou número do CPF do segurado

d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado

e) cópia simples da certidão de óbito

f) cópia simples do boletim de ocorrência (se houver)

g) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)

6. BENEFICIÁRIO

6.1. O beneficiário que fará jus ao recebimento da cesta básica será aquele indicado pelo segurado na proposta de adesão, ou, na falta de indicação, conforme os termos da legislação civil em vigor.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Está coberto o reembolso, limitado ao valor 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 valor segurado.**

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

2.3. Pelo mesmo acidente, somente serão pagas despesas médicas, hospitalares e odontológicas, até o limite do capital contratado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 3. 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 a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
g) Prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;
h) Utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético;
i) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
j) Gravidez, do parto ou de aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
k) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
l) Choque anafilático e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
m) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
n) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
o) Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

4.1. O valor segurado contratado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
4.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do 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 deverá obedecer às seguintes disposições:
I. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado e limite máximo de indenização da cobertura;

II. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o inciso I dessa cláusula;

III. Se a quantia a que se refere o inciso II desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;

IV. Se a quantia a que se refere o inciso II for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele inciso.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

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

7. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – CLT (PRDI)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização no caso de perda de renda por desemprego involuntário do Segurado profissional com vínculo empregatício, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Está coberta a perda involuntária de emprego decorrente da dispensa sem justa causa do Segurado com vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho), **desde que o mesmo comprove um período mínimo de 6 (seis) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta horas) semanais na data do sinistro**, observados os períodos de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.

Esta cobertura está limitada ao número de parcelas mensais seguradas e respectivos valores e cessa quando o Segurado obtiver novo vínculo empregatício.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

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

4. CARÊNCIA

Poderá ser estabelecida carência máxima de 90 (noventa) dias para esta cobertura. As demissões ocorridas dentro do período de carência não estarão cobertas.

5. FRANQUIA

Poderá ser estabelecida franquia máxima de 30 (trinta) dias para esta cobertura, a partir da data de demissão.
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. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

6.2. A indenização está limitada ao número de parcelas mensais consecutivas cobertas por evento e será suspensa quando o segurado obtiver novo vínculo empregatício, desqualificando a situação de sinistro coberto.

6.3. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado contratado, será considerada data do evento a data da dispensa sem justa causa que deu origem ao sinistro.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal
b) cópia 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

cópia autenticada após 30 dias da data da demissão, das seguintes páginas da carteira de trabalho:

h) página do último registro do contrato de trabalho (admissão e demissão)
i) página posterior ao contrato de trabalho, mesmo que em branco

9. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

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**

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

2. **RISCOS COBERTOS**

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

Esta cobertura está limitada ao número de diárias e respectivos capitais segurados contratados por evento e cessa quando o Segurado obtiver alta médica.

3. **RISCOS EXCLUÍDOS**

Além das exclusões descritas na cláusula 3. 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.

4. **CARÊNCIA**

Poderá ser estabelecida carência máxima de 90 (noventa) dias para eventos decorrentes de doença. As doenças iniciadas antes ou durante esse período não estarão cobertas. Não se aplica a carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

5. **FRANQUIA**

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

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

6. **VALOR SEGURADO CONTRATADO**

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

6.2. A indenização está limitada ao número de diárias consecutivas cobertas por evento e será suspensa quando o segurado receber alta médica, desqualificando a situação de sinistro coberto.

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

6.4. Para efeito de cobertura e determinação do valor 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.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM

b) cópia simples do RG e CPF, ou CNH, e comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado

c) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

d) cópia simples dos resultados de exames complementares realizados

e) documento que comprove atividade como trabalhador autônomo (contra cheque/declaração IRPF/recibos de prestação de serviços, cópia da guia da previdência social (carnê INSS) etc.

f) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária

g) relatório médico informando a data do acidente, a data de confirmação da alta médica e indicação de incapacidade temporária.

h) cópia simples do boletim de ocorrência policial (se houver);

i) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado

8. JUNTA MÉDICA

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

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

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

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

9. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

2. RISCOS COBERTOS

Está coberta a incapacidade física total e temporária, involuntária e comprovada do Segurado, que cause o afastamento das suas atividades profissionais, por motivo de acidente pessoal coberto, observado o período de franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.

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

Esta cobertura está limitada ao número de diárias e respectivos capitais segurados contratados por evento e cessa quando o Segurado obtiver alta médica.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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.

4. FRANQUIA

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.

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

5. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

5.2. A indenização está limitada ao número de diárias consecutivas cobertas por evento e será suspensa quando 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 cobertas.

5.4. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data do acidente pessoal que provocou a incapacidade física total e temporária do Segurado.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM

b) cópia simples do RG e CPF, ou CNH, e comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado

c) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

d) cópia simples dos resultados de exames complementares realizados

e) documento que comprove atividade como trabalhador autônomo (contra cheque/declaração IRPF/recibos de prestação de serviços, cópia da guia da previdência social (carnê INSS) etc.

f) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária

g) relatório médico informando a data do acidente, a data de confirmação da alta médica e indicação de incapacidade temporária.

h) cópia simples do boletim de ocorrência policial (se houver);

i) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado

7. JUNTA MÉDICA

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

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

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

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

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

8. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento ao Estipulante da indenização limitada ao valor 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*", observadas as condições contratuais.

2. GARANTIA AO ESTIPULANTE

2.1. Esta cobertura garantirá o pagamento de indenização ao Estipulante, de valor limitado ao valor 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 quando 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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.**

5. CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidentes.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

6.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor 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

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) Os documentos necessários de sinistros são:
b) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM
c) cópia simples do RG e CPF, ou CNH, e comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado
d) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
e) cópia simples dos resultados de exames complementares realizados
f) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária

g) relatório médico informando a data do acidente, a data de confirmação da alta médica e indicação de incapacidade temporária.
h) cópia simples do boletim de ocorrência policial (se houver);
i) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado
j) cópia simples do formulário "*Comunicação de acidente de trabalho – CAT*"
k) cópia simples do CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do Estipulante
l) cópia simples da carteira de trabalho e contrato de trabalho do segurado
m) cópia simples do CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho) do mês imediatamente anterior ao do acidente

9. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta cobertura será unicamente o Estipulante.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA

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. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

12. 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;

a) 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.

b) 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 micro traumas 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 no trabalho, conforme definido neste item.**

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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE LABORATIVA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL NO TRABALHO - CLT (PRIL-AT-S)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Segurado, observadas, simultaneamente, as 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 quando 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 3 - 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) **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. VALOR SEGURADO CONTRATADO

5.1. O valor segurado contratado 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 valor 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.

5.4.2.1. 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

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM
b) cópia simples do RG e CPF, ou CNH, e comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado
c) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
d) cópia simples dos resultados de exames complementares realizados
e) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária
f) relatório médico informando a data do acidente, a data de confirmação da alta médica e indicação de incapacidade temporária.
g) cópia simples do boletim de ocorrência policial (se houver);
h) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado
i) cópia simples do formulário "Comunicação de acidente de trabalho – CAT"
j) cópia simples do CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do Estipulante
k) cópia simples da carteira de trabalho e contrato de trabalho do segurado
l) cópia simples do CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho) do mês imediatamente anterior ao do acidente

8. BENEFICIÁRIO

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 a realização dos atos da vida civil, a indenização será paga ao responsável legal ou curador judicialmente nomeado.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

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. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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 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.

a) 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.

b) 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 micro traumas 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 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 DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL E DOENÇA - CLT (PRIF-AD-CLT)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor segurado contratado ao Segurado, observadas as 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 quando 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula 3 - 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 reumatoide e osteoartrose;
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.

3.2. Qualquer caracterização de invalidez com ocorrência em datas anteriores à data da contratação do seguro ou do início da cobertura individual;

3.3. 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;

3.4. Também fica expressamente excluído desta cobertura qualquer afastamento decorrente de invalidez permanente, seja ela parcial ou total.

3.5. 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. Poderá ser estabelecida carência máxima de 90 (noventa) dias para eventos decorrentes de doença. As doenças iniciadas antes ou durante esse período não estarão cobertas. Não se aplica a carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

4.2. 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.

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

5. VALOR SEGURADO CONTRATADO

5.1. O valor 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 valor 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

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM
b) cópia simples do RG e CPF, ou CNH, e comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado
c) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
d) cópia simples dos resultados de exames complementares realizados
e) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária
f) relatório médico informando a data do acidente, a data de confirmação da alta médica e indicação de incapacidade temporária.
g) cópia simples do boletim de ocorrência policial (se houver);
h) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado
i) cópia simples do formulário "Comunicação de acidente de trabalho – CAT"
j) cópia simples do CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do Estipulante
k) cópia simples da carteira de trabalho e contrato de trabalho do segurado
l) cópia simples do CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho) do mês imediatamente anterior ao do acidente
m) cópia simples do documento com o valor do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social
n) cópia simples dos 3 últimos holerites para comprovar o valor da remuneração mensal, considerando, salário base, comissão, DSR, adicional noturno, repouso remunerado e produtividade

8. BENEFICIÁRIOS

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

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. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

11. GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NESTA COBERTURA

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

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.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL - CLT (PRIF-AP-CLT)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor segurado contratado ao Segurado, observadas as condições contratuais, mediante preenchimento simultâneo dos seguintes requisitos:

1.1. 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*;*

1.2. 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. 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 cause seu afastamento de suas atividades profissionais, observado o período de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.

2.2. 2.2. A cobertura está limitada ao número de diárias e respectivos capitais segurados contratados por evento e cessa quando o segurado obtiver alta médica.

2.3. 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões descritas na cláusula 3 - 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.**

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

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

4.2. A franquia será de 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.

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

5. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

5.3. 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. O valor total 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.

5.4. 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:

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

5.4.2. 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.

5.4.2.1. 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.

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. 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.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura está restrita a eventos ocorridos no território brasileiro.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

a) Os documentos necessários de sinistros são:

b) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal, e médico com carimbo e CRM

c) cópia simples do RG e CPF, ou CNH, e comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do segurado

d) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do segurado (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

e) cópia simples dos resultados de exames complementares realizados

f) cópia autenticada do atestado médico constando o período do afastamento, a data do sinistro, o qual deve indicar incapacidade temporária

g) relatório médico informando a data do acidente, a data de confirmação da alta médica e indicação de incapacidade temporária.

h) cópia simples do boletim de ocorrência policial (se houver);

i) cópia simples do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado

j) cópia simples do formulário "Comunicação de acidente de trabalho – CAT"

k) cópia simples do CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do Estipulante

l) cópia simples da carteira de trabalho e contrato de trabalho do segurado

m) cópia simples do CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho) do mês imediatamente anterior ao do acidente

n) cópia simples do documento com o valor do auxílio doença-acidentário estabelecido pelo órgão de seguridade social

o) cópia simples dos 3 últimos holerites para comprovar o valor da remuneração mensal, considerando, salário base, comissão, DSR, adicional noturno, repouso remunerado e produtividade

8. BENEFICIÁRIOS

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.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

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. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

11. GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NESTA COBERTURA

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.

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

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

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor segurado contratado ao estipulante, no caso da **morte do segurado,** observadas as condições contratuais.

2. GARANTIA AO ESTIPULANTE

2.1. Esta cobertura garantirá o pagamento de indenização ao Estipulante, no valor do valor 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.**

3. RISCOS COBERTOS

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 3 - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

5. VALOR SEGURADO CONTRATADO

5.1. O valor segurado contratado 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 valor segurado contratado, será considerada data do evento a data de falecimento do segurado, em caso de morte natural, comprovada mediante certidão de óbito ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

6. CARÊNCIA

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

Os documentos necessários de sinistros são:

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 simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
e) cópia simples da certidão de óbito
f) cópia simples do boletim de ocorrência, se houver
g) cópia simples do último holerite
h) cópia simples ficha do empregado atualizado
i) cópia simples da carteira de trabalho e contrato de trabalho do segurado
j) cópia simples do termo de rescisão do contrato de trabalho
k) cópia simples do CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do Estipulante

8. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário desta cobertura será unicamente o estipulante.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

Garantir o pagamento do valor segurado contratado ao estipulante, no caso de **morte acidental do segurado,** observadas as condições contratuais.

2. GARANTIA AO ESTIPULANTE

2.1. Esta cobertura garantirá o pagamento de indenização ao Estipulante, no valor 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.

3. RISCOS COBERTOS

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

Ratificam-se os termos da cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

5. VALOR SEGURADO CONTRATADO

5.1 O valor segurado contratado 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 valor segurado contratado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal

b) cópia simples do RG ou CNH do segurado

c) cópia simples ou número do CPF do segurado

d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado

e) cópia simples da certidão de óbito
f) cópia simples do boletim de ocorrência, se houver
g) cópia simples do último holerite
h) cópia simples ficha do empregado atualizado
i) cópia simples da carteira de trabalho e contrato de trabalho do segurado
j) cópia simples do termo de rescisão do contrato de trabalho
k) cópia simples do CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do Estipulante

7. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta cobertura será unicamente o Estipulante.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DC)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do valor segurado contratado ao Segurado Principal, no caso de doença congênita de filho nascido após a contratação do seguro, observadas as condições contratuais.

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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

4.2. Para efeito de cobertura e determinação do valor segurado, será considerada data do evento a data 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 valor segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cláusula.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários à liquidação de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal

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 do relatório médico contendo data do diagnóstico, evolução do quadro clínico, data da caracterização da invalidez permanente e data da alta médica

f) cópia simples do comprovante de vínculo empregatício do segurado (no mês do evento)

g) cópia simples da certidão de nascimento do filho segurado;

h) relatório do médico-assistente indicando a patologia e data em que esta foi oficialmente diagnosticada e detalhando o quadro clínico;

i) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do diagnóstico da doença), incluindo laudos e resultados de exames.

6. BENEFICIÁRIO

As indenizações decorrentes desta cláusula serão pagas ao Segurado Principal.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE MORTE DECORRENTE DE CRIME

1. OBJETIVO

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

2. RISCOS COBERTOS

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

A cobertura de Morte, 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. Além das exclusões descritas na cláusula 3 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de:

a) Crime praticado por descendente, ascendentes e cônjuge do Segurado, bem como quaisquer pessoas que com ele residam ou que dele dependam economicamente;

b) Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;

c) Qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

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

4.3. A indenização por morte decorrente de crime, e, se contratadas, por quaisquer das coberturas de invalidez permanente por acidente ou decorrente de crime, não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do segurado em consequência do mesmo episódio, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor segurado por morte.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal

b) cópia simples do RG ou CNH do segurado

c) cópia simples ou número do CPF do segurado

d) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
e) cópia simples da certidão de óbito
f) cópia simples do boletim de ocorrência
g) cópia simples do laudo de exame necroscópico elaborado pelo IML (se houver)
h) cópia simples da certidão de casamento atualizada, emitida após o óbito
i) certidão de união estável e/ou declaração de convivência conjugal
j) proposta de adesão, com designação de beneficiários e Declaração pessoal de saúde (DPS)
k) cópia simples do último holerite
l) cópia simples do contrato social atualizado
m) ficha do empregado atualizado, se aplicável
n) beneficiários
   - declaração de herdeiros, com firma reconhecida da assinatura do declarante e das testemunhas
   - cópia simples do RG ou CNH de todos os herdeiros do segurado
   - cópia simples ou número do CPF dos herdeiros
   - cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome de cada um dos herdeiros
   - dados bancários completos do (s) beneficiário (s) e cópia simples de um comprovante (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)
   - autorização de crédito preenchida por todos beneficiários (formulário disponível no site)

o) no caso de união estável, enviar cópia simples de 2 (dois) dos documentos a seguir:
   - cópia simples da declaração do imposto de renda e/ou declaração do INSS onde consta o (a) companheiro (a) como dependente
   - comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS
   - comprovante de dependente no convênio médico
   - tutela e/ou declaração de pátrio poder para beneficiários menores de 18 anos

p) em caso morte do cônjuge – caso contratada a cobertura, enviar também:
   - cópia simples do RG e CPF do cônjuge
   - cópia simples comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses do cônjuge
   - cópia simples da certidão de casamento atualizada, emitida após o óbito
   - declaração de união estável

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado 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 valor segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

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

6.4. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

6.5. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

1. OBJETIVO

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

2. RISCOS COBERTOS

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

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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½, 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.

	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
INVALIDEZ PERMANENTE DIVERSAS	**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**

	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL

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

2.9. 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.

2.10. 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.

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

2.12. 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.

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

2.14. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

a) Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo crime;

b) Perda de dentes e os danos estéticos;

c) Crime praticado por descendente, ascendentes e cônjuge do Segurado, bem como quaisquer pessoas que com ele residam ou que dele dependam economicamente;

d) Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;

e) Qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

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

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

4.4. A indenização por invalidez permanente e morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo crime, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor segurado por morte.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

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

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

k) cópia simples do RG ou CNH do curador
l) cópia simples ou número do CPF do curador
m) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do curador
n) autorização de pagamento do curador nomeado
o) cópia autenticada da interdição judicial (curatela)
p) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do curador (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

6. JUNTA MÉDICA

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

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

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

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

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

7. BENEFICIÁRIOS

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL DECORRENTE DE CRIME

1. OBJETIVO

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

2. RISCOS COBERTOS

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

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

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

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

2.7. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do crime, o grau de invalidez pré-existente será percentualmente deduzido para fins de indenização.

2.8. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

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

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

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

4.1. O valor segurado é a importância máxima a ser indenizada em caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

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

4.3. A indenização por invalidez permanente total e morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total, o seguro individual será cancelado.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

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

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

v) cópia simples do RG ou CNH do curador
w) cópia simples ou número do CPF do curador
x) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do curador
y) autorização de pagamento do curador nomeado
z) cópia autenticada da interdição judicial (curatela)
aa) cópia simples de um comprovante dos dados bancários do curador (ex.: cópia do cartão ou cabeçalho do extrato bancário)

6. JUNTA MÉDICA

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

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

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

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

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

7. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado. 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

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

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

1. OBJETIVO

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

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Está coberto o reembolso, limitado ao valor segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, exclusivamente decorrente de crime coberto.

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

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

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

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

2.3. **Pelo mesmo crime, somente serão pagas despesas médicas, hospitalares e odontológicas, até o limite do capital contratado.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as despesas decorrentes de:

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

b) **Exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pela causa do crime;**

c) **Perda de dentes e os danos estéticos;**

d) **Aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem às órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente;**

e) **Prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes do crime, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;**

p) **Utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético;**

q) **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de crime;**

r) **Gravidez, do parto ou de aborto, exceto quando diretamente decorrente de crime;**
s) **Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
t) **Choque anafilático e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de crime;**
u) **Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
v) **Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;**
w) **Crime praticado por descendente, ascendentes e cônjuge do Segurado, bem como quaisquer pessoas que com ele residam ou que dele dependam economicamente;**
x) **Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;**
y) **Qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso.**

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

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

5. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

5.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado em consequência do respectivo evento coberto.

5.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

I. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado e limite máximo de indenização da cobertura;

II. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o inciso I dessa cláusula;

III. Se a quantia a que se refere o inciso II desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;

IV. Se a quantia a que se refere o inciso II for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada sociedade seguradora

envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele inciso.

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

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

7. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE RENDA POR HOSPITALIZAÇÃO DECORRENTE DE CRIME

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização no caso de hospitalização do segurado em decorrência de crime, observadas as condições gerais e contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Está coberto o pagamento da indenização se ocorrer a hospitalização do segurado em decorrência de crime coberto.

2.2. A indenização será paga de uma única vez correspondente ao valor do capital segurado, independente do número de dias de internação, desde que o período ultrapassar o prazo da franquia estipulada nas condições gerais, nas condições contratuais, na apólice e no certificado individual, se houver.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertas as despesas decorrentes de:

a) Crime praticado por descendente, ascendentes e cônjuge do Segurado, bem como quaisquer pessoas que com ele residam ou que dele dependam economicamente;

b) Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;

c) Qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

4.1. Não há carência para esta cobertura.

4.2. **A franquia será de até 5 (cinco) dias, contados a partir da data de hospitalização do segurado decorrente da ocorrência de crime, conforme descrito nas condições contratuais, na apólice e no certificado individual.**

5. VALOR SEGURADO CONTRATADO

5.1. O valor segurado contratado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice/certificado e vigente na data do evento.

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

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal

b) cópia simples do boletim de ocorrência policial

c) cópia simples do exame de corpo de delito

d) cópia simples do RG ou CNH do segurado

e) cópia simples ou número do CPF do segurado
f) cópia simples do comprovante de residência atualizado emitido nos últimos 03 meses em nome do segurado
g) cópia simples do laudo dos exames realizados que comprovem o diagnóstico e necessidade da internação
h) relatório médico
i) cópia simples da comprovação da internação hospitalar, constando o prazo e diagnóstico/causa da internação.

7. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso das despesas realizadas com o funeral, até o limite do valor segurado contratado, no caso da morte acidental do Segurado, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

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

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

a) Individual: apenas o segurado principal.

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

2.2. DESPESAS COBERTAS

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos previstos na Cláusula 3. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os seguintes riscos:

a) Custos de aquisição do jazigo.

b) Locação e manutenção do jazigo.

4. VALOR SEGURADO CONTRATADO

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

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

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos necessários de sinistros são:

a) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal

b) cópia simples do RG ou CNH do segurado

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

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

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

6. BENEFICIÁRIO

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

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGES

1. OBJETIVO

Tendo sido a ratificada na apólice, a presente cláusula tem por objetivo estabelecer a forma de inclusão dos cônjuges dos Segurados principais neste seguro.

Será considerada como cônjuge, para fim de inclusão, a pessoa unida ao segurado principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como as(os) companheiras(os) que por força de legislação tenha(m) adquirido as prerrogativas de cônjuge(s).

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.

3. COBERTURAS

Desde que previstas para o segurado principal, poderão ser contratadas para os cônjuges as coberturas descritas no item 3.1 das Condições Gerais deste seguro.

4. RISCOS COBERTOS

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

São os previstos para cada cobertura contratada igualmente para os Cônjuges.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

Os valores segurados das coberturas contratadas para os cônjuges serão definidos na apólice, proposta de contratação e condições contratuais e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) dos valores segurados para o 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 o cônjuge admitido no grupo simultaneamente com o mesmo;

7.2. 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;

7.3. 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

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

8.1. Por morte: ao Segurado Principal.

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

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO CÔNJUGE

Esta cobertura será obrigatoriamente cancelada se:

9.1. A apólice for cancelada;

9.2. Houver o cancelamento desta Cláusula Suplementar;

9.3. Houver o cancelamento do seguro do Segurado principal;

9.4. Ocorrer a morte ou invalidez permanente do Segurado principal;

9.5. No caso de separação judicial ou de fato, no que se refere ao cônjuge dependente, nos termos da legislação civil vigente;

9.6. Com a inclusão do cônjuge no grupo segurado principal;

9.7. Houver pedido por escrito do Segurado Principal.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por esta Cláusula Suplementar.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO

Tendo sido a ratificada na apólice, a presente Cláusula tem por objetivo estabelecer a forma de inclusão dos filhos dos Segurados principais neste seguro.
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 valor 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. COBERTURAS

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).

4. RISCOS COBERTOS

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.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

São os previstos em cada cobertura contratada para os filhos.

6. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1. 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.

6.2. No caso de filhos menores de 14 (quatorze) anos, para o risco de morte, nos termos da legislação específica, o valor 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.

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 filhos admitidos no grupo simultaneamente.

7.2. 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.

7.3. 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 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. BENEFICIÁRIOS

As indenizações decorrentes desta cláusula serão pagas ao Segurado Principal.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA DOS FILHOS

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.

11. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alteradas expressamente por esta cláusula Suplementar.

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, respeitados 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. VALOR SEGURADO CONTRATADO

6.1 Os valores 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.

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.

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 esta cláusula Suplementar.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO (ET)

1. OBJETIVO

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

Para a distribuição do Excedente Técnico serão observadas as seguintes condições:

5.1. Nos seguros não contributários a devolução caberá integralmente ao Estipulante.

5.2. Nos seguros contributários, a distribuição será destinada ao Segurado, integralmente ou parcialmente proporcional à sua contribuição no prêmio do seguro.

5.3. 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.