

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO

PANPROTEGE

VIDA EM GRUPO

E

ACIDENTES PESSOAIS

COLETIVO

GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS

01. Acidente Pessoal:

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

a) Incluem-se, ainda, nesse conceito:

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

b) NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal:

- as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforço Repetitivo - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.

02. Apólice:

É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

03. Beneficiário:

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

04. 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.

- 05. Carência (prazo de carência):**
É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 06. Certificado Individual:**
É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes ao capital segurado ou prêmio.
- 07. Coberturas:**
São as garantias contratadas pelo Segurado e concedidas pela Seguradora, para pagamento dos eventos indenizáveis estabelecidos nestas Condições Gerais.
- 08. 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.
- 09. Condições Gerais:**
É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do estipulante.
- 10. Condições Especiais:**
É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 11. Consignante:**
É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.
- 12. Contrato:**
É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários.
- 13. Corretor:**
É a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. **O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**
- 14. Doença Preexistente:**
É toda doença, inclusive as congênitas, que o Segurado sabia ser portador ou sofredor à época da contratação do seguro e não declarada na proposta de adesão.
- 15. Endosso ou Aditivo:**
É o documento emitido pela Seguradora que expressa qualquer alteração de dados e condições de uma apólice durante sua vigência.
- 16. Estipulante:**
É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como

estipulante/averbador quando não participar do custeio. Equipara-se ao Estipulante, o Subestipulante, quando houver.

- 17. Evento Coberto:**
É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas pelo segurado.
- 18. Franquia:**
Período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 19. Formulário de Aviso de Sinistro:**
É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.
- 20. Garantias:**
São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 21. Grupo Segurado:**
É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 22. Grupo Segurável:**
É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 23. IPC-A:**
Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
- 24. Indenização:**
Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou aos seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.
- 25. Início de Vigência:**
É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 26. 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.**
- 27. Migração de Apólices:**
É a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.
- 28. Período de Cobertura:**
Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
- 29. Prêmio:**
Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 30. Prêmio Líquido:**
Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

31. **Proponente:**
É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato.
32. **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.
33. **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.
34. **Reabilitação do Seguro:**
É o restabelecimento, dentro do prazo de suspensão, das coberturas contratadas.
35. **Riscos Excluídos:**
São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não estão cobertos pelo plano.
36. **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.
37. **Seguradora:**
É a **PANAMERICANA DE 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.
38. **Seguro Contributário:**
Aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcial do seguro.
39. **Seguro Não-Contributário:**
Aquele em que o Estipulante paga o prêmio total do seguro.
40. **Sinistro:**
A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
41. **Vigência do Seguro:**
É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.
42. **Vigência da Cobertura Individual:**
É o período de validade das coberturas contratadas, para cada Segurado.
-

CONDIÇÕES GERAIS PANPROTEGE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

2. PARTES CONTRATANTES

São partes contratantes deste seguro a Seguradora, **PANAMERICANA DE SEGUROS S/A**, o Estipulante, pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva, e o Segurado, que integra o grupo segurado por meio da proposta de adesão.

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 prêmio 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.

3. COBERTURAS DO SEGURO

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

- a) Morte (M);
- b) Morte Acidental (MA);
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- e) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- f) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD);
- g) Assistência Funeral por Morte (AF-M);
- h) Assistência 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 (DMHO);
- l) Perda de Renda por Desemprego Involuntário – CLT (PRDI);
- m) Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença - Profissional Liberal / Autônomo (DIT-AD);
- n) Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente - Profissional Liberal / Autônomo (DIT-A);
- o) Rescisão de Contrato de Trabalho por Morte (RCT-M);
- p) Rescisão de Contrato de Trabalho por Morte Acidental (RCT-MA);
- q) Doença Congênita de Filho (DC).

3.2. Desde que ratificadas nas Condições Contratuais, as seguintes Cláusulas Suplementares poderão ser contratadas e serão reguladas por estas Condições Gerais e por condições próprias.

- a) Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge (de forma Automática ou Facultativa);
- b) Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos (de forma Automática ou Facultativa).

3.3. Das coberturas descritas no item 3.1, as seguintes não poderão ser contratadas simultaneamente:

- a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- b) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD);
- c) Assistência Funeral por Morte (ASF-M) e Assistência Funeral por Morte Acidental (ASF-MA);
- d) Cesta Básica por Morte (CB-M) e Cesta Básica por Morte Acidental (CB-MA);
- e) Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença - Profissional Liberal / Autônomo (DIT-AD) e Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente - Profissional Liberal / Autônomo (DIT-A);
- f) Rescisão de Contrato de Trabalho por Morte (RCT-M) e Rescisão de Contrato de Trabalho por Morte Acidental (RCT-MA).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- c) de ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- d) de doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;
- e) 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;
- f) de automutilações e lesões auto-infligidas, exceto se enquadráveis nos termos da alínea “g” deste item após os 2 (dois) anos de carência;
- g) do suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual ou de sua recondução depois de suspenso ou ainda nos dois primeiros anos da data do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento;
- h) de inundações, furacões, ciclone, terremoto, maremoto, erupção vulcânica e outras convulsões da natureza;
- i) de intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- j) 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;
- k) de dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior;
- l) da participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
- m) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem, exceto quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
- n) de envenenamento em caráter coletivo;
- o) 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
- p) de sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios.

5. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE

São elegíveis para as coberturas efetivamente contratadas e discriminadas na Apólice, 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.

6. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado é valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela Apólice, vigente na data do evento, estabelecido no Contrato.

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

A aceitação, pela Seguradora, de estabelecimento de Capital Segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

7. CARÊNCIA

- 7.1. A existência de carência será estabelecida nas Condições Especiais das coberturas contratadas e o período de carência, se houver, será estabelecido na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, na Apólice e no Certificado Individual.
- 7.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital 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.
- 7.3. No caso de migração de Apólice, não será iniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela Apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos capitais já contratados.
- 7.4. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais em quaisquer das coberturas contratadas, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa**, quando o período de carência corresponderá a dois anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual, ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou de sua recondução depois de suspenso.
- 7.5. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência, exceto quando houver aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.
- 7.6. 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.
- 7.7. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura individual.
- 7.8. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 8.1. **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.

Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, na qual o Proponente declara ter conhecimento prévio na íntegra das Condições Gerais e do Contrato do seguro, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

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.

- 8.2.** O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a Seguradora receber a proposta de adesão, devidamente protocolada em relógio datador, 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 em relógio datador.

- 8.3. 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. Será emitido e enviado um novo Certificado Individual ao Segurado em cada uma das renovações subsequentes.

- 8.4.** 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.

- 8.5.** Em caso de recusa do risco **em que tenha havido adiantamento de valor à Seguradora** para pagamento parcial ou total de prêmio, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta e a data da formalização da recusa, sendo o valor do adiantamento devido no momento dessa formalização e devendo ser restituído ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

9. VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 9.1.** A apólice é emitida pelo prazo determinado e poderá ser renovada 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.
- 9.2. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.**

- 9.3. **As demais renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pelas partes. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar sua decisão aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.**
- 9.4. 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.
- 9.5. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, observando-se que para qualquer modificação, inclusive na renovação, que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.
- 9.6. Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar recálculo dos prêmios. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e dependerá da anuência prévia e expressa do Estipulante e dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

9.7. **Início de Vigência da Cobertura Individual**

As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 hs 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 prêmio do seguro junto ao Estipulante.

10. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

- 10.1. Os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário da apólice, pela variação do IPCA-IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Será considerada a variação do índice nos 12 meses que antecedem aos três últimos meses de vigência da apólice.
- 10.2. 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.
- 10.3. 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.
- 10.4. Qualquer aumento dos Capitais implicará em aumento automático dos prêmios, obedecendo à mesma proporção aplicada ao acréscimo dos Capitais.

- 10.5. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados até a data de ocorrência do evento coberto, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

11. REENQUADRAMENTO DE TAXA POR IDADE

- 11.1. A taxa para as seguintes coberturas, quando contratadas, será por idade ou faixa etária, conforme definido nas Condições Contratuais de cada Apólice: Morte (M), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Assistência Funeral por Morte (AF-M), Cesta Básica por Morte (CB-M) e Rescisão de Contrato de Trabalho por Morte (RCT-M).
- 11.2. Anualmente, no aniversário da apólice, haverá o reenquadramento automático do Segurado, à taxa correspondente à sua idade ou faixa etária, conforme estabelecido em cada Contrato.
- 11.3. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a idade ou faixa etária do Segurado, incluindo os valores percentuais, constarão das Condições Contratuais e será disponibilizado aos proponentes quando da adesão ao seguro.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 12.1. Conforme disposto no Contrato, o custeio do seguro pode ser:
- **Não-Contributário** – quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do Estipulante, sem a participação do Segurado.
 - **Contributário** - quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.
- 12.2. O prêmio do seguro poderá ser pago sob forma de “prêmio único” ou em “parcelas mensais” durante o período de vigência da apólice e a forma de cobrança será estabelecida no Contrato.
- 12.3. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponder a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento de tal parcela do prêmio poderá ser realizado no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de coberturas.
- 12.4. Para garantir seu direito à cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio ao Estipulante que deverá repassá-lo à Seguradora até a data de vencimento das faturas.
- 12.5. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Estipulante/Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.
- 12.6. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado ou do Estipulante nos prazos estipulados acarretará a suspensão das coberturas deste seguro a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento do prêmio não pago e, em caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.
- As coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia em que o pagamento do prêmio for retomado, desde que não superior a 60 (sessenta) dias contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago.
- 12.7. 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.

- 12.8.** O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.
- 12.9.** Para os seguros cujo pagamento tenha sido realizado sob a forma de prêmio único, haverá devolução de prêmio nas situações a seguir, sendo que:
- I - na hipótese de cancelamento do seguro por iniciativa de quaisquer das partes e com a concordância recíproca (Segurado e Estipulante), a Seguradora reterá do prêmio recebido, no máximo, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “*pro rata temporis*”.
 - II - no caso de suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato, será devolvido o prêmio pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.
- 12.10.** É vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio de cada Segurado.

O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, sendo o único responsável para com a Seguradora, pelo cumprimento de todas as obrigações mencionadas nas Condições Gerais e no Contrato, inclusive a cobrança e pagamento de prêmios nos prazos das respectivas faturas.

- 12.11.** É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

13. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

- a) Quando o pagamento do prêmio não for retomado em até 60 (sessenta) dias a contar do vencimento do primeiro prêmio não pago, nos termos do item 12.6 destas condições. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do inadimplemento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.
- b) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo Estipulante, e com anuência prévia recíproca. Deverá haver anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 do grupo segurado, observando-se o disposto no inciso I do subitem 12.9 destas Condições Gerais.
- c) Com o término de vínculo entre o Segurado e o Estipulante.
- d) Com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice mantida entre Estipulante e a Seguradora.
- e) Quando o Segurado, seus representantes legais ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação no contrato de seguro, durante sua vigência, ou ainda, para obter ou majorar a indenização, sem direito a restituição de prêmio.
- f) 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 Permanente Total por Doença do Segurado.

14. PERDA DE DIREITOS

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

- 14.1.** Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam ter influenciado na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, sem prejuízo do pagamento do prêmio vencido.
Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:
- I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
 - II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
 - a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
 - III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.
- 14.2.** Pelo não cumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais;
- 14.3.** Pela utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
- 14.4.** Se houver fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
- 14.5.** Em caso de tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do evento coberto;
- 14.6.** Pela solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado e desde que autorizada pelo Estipulante;
- 14.7.** 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 capital segurado; e
- 14.8.** Pela agravação intencional do risco.

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

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

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

15. BENEFICIÁRIOS

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

16. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 16.1.** Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou o beneficiário, conforme o caso, deverão comunicar à Seguradora e enviar os documentos mínimos para sua análise e regulação ("Documentação Básica"), definidos nas Condições Especiais de cada cobertura.
A partir da entrega de toda a "Documentação Básica" exigida, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para análise e liquidação do sinistro.
- 16.2.** 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 dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências, após novo registro realizado através de relógio datador da área de sinistros, indicando que houve a reentrada do processo e que o prazo voltou a correr.

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.

- 16.3.** 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), apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária (data do evento) e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, acrescido dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, calculados a partir do último dia previsto para o pagamento, e pago de uma só vez, independentemente de notificação ou interpelação judicial.
- 16.4.** 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.
- 16.5.** As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

17. PERÍCIA DA SEGURADORA

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

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

18. FORO

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

19. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

20. 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.

21. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 21.1.** 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.
- 21.2.** 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.
- 21.3.** 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.
- 21.4.** 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.

- 21.5. O registro destas Condições Gerais na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da referida autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização e contratação.
- 21.6. 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE MORTE (M)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do capital segurado 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 4. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

5. CARÊNCIA

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

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Certidão de Óbito do Segurado;
- d) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- e) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- f) Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
- g) Prontuário Médico do segurado;
- h) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- i) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Laudo de Necropsia, se houver; e
- k) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

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 capital 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.
- 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. CONDIÇÕES GERAIS

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 capital segurado contratado ao Beneficiário, no caso de **morte accidental 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 4. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

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

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;

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

- 6.3.** Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o capital segurado será pago 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. CONDIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL 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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
PERDA TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total incurável	100
PERDA PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada no maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PERDA PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-

PERDA PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente 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	6
- menos de 3(três) centímetros: sem indenização	-	

- 2.3.** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 2.4.** Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 2.5.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 2.6.** Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 2.7.** Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 2.8. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

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

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada por sinistro, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 4.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 4.3. No caso de invalidez parcial o capital 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 indenização por invalidez permanente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas:**

- a) Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
- b) Formulário de declaração médica de Acidentes Pessoais comprovando a invalidez permanente por acidente;
- c) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Comprovante de residência do segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- e) Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- i) CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), em caso de acidente de trabalho.

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, desempassador, 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. CONDIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL 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 insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e ocorridos durante a vigência da apólice:

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

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

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

acidente.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada em caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 4.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 4.3. A indenização por invalidez permanente total por acidente e morte, se contratada, não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do capital segurado por morte.

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

- a) Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
- b) Formulário de declaração médica de Acidentes Pessoais comprovando a invalidez permanente por acidente;
- c) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Comprovante de residência do segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- e) Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- i) CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), em caso de acidente de trabalho.

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, desempassador, 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. CONDIÇÕES GERAIS

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)

GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NA COBERTURA DE IFPD:

Agravo Mórbido – piora de uma doença.

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

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

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

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

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

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

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

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

Deambular – ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estados Conexos – representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

Fatores de Risco e Morbidade – aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Hígido – saudável.

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

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

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

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

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

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

Seqüela – 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.

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 1º grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
 - Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
 - Todos os atributos constantes na primeira tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, enquadrando cada atributo em apenas uma graduação.
 - b) Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, que mensura cada uma das situações ali previstas.
 - Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.
- 2.4** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença para fins desta cobertura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4. 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 profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1.** O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento e será realizado sob a forma de pagamento único.
- 4.2.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data indicada na declaração médica. A data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será registrada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 4.3.** Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice, com a consequente devolução de prêmios eventualmente pagos após essa data, devidamente atualizados a partir da data de recebimento, observado o item 21.1 das Condições Gerais deste seguro.

5. CARÊNCIA

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

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas:**

- a) Aviso de Sinistro e questionários fornecidos pela Seguradora, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, comunicando à Seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante;
- b) Relatório ou Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, assinado pelo médico do segurado, com firma reconhecida, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato em que foi atingido o estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante coberto;
- c) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Comprovante de residência do segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- e) Relatório do médico-assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.
- f) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

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. CONDIÇÕES GERAIS

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF TABELA 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10

	<p>3° GRAU:</p> <p>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.</p>	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1° GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO ÀQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

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

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de indenização ao Segurado caso sofra invalidez laborativa permanente total em consequência de doença, observadas as Condições Contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

- 2.1. O risco coberto por esta cobertura é a invalidez laborativa permanente e total consequente de doença coberta.
- 2.2. Entende-se como invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.
- 2.3. A atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro do período de 1 (um) ano, a contar retroativamente à data do evento que deu origem à invalidez laborativa pleiteada pelo Segurado.
- 2.4. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeito da cobertura de que trata estas Condições Especiais, os Segurados portadores de doença em fase terminal, atestada por profissional legalmente habilitado.
- 2.5. **Não podem configurar como Segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa. Esta proibição estende-se aos Segurados aposentados no início ou durante a vigência do seguro, sendo que os Segurados que se aposentarem durante a vigência deverão comunicar este fato à Seguradora para a devida exclusão da cobertura e redução do prêmio.**
- 2.6. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, comprovação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, para fins desta cobertura.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na Apólice e vigente na data do evento e será realizado sob a forma de pagamento único.
- 4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data indicada na declaração médica. A data da Invalidez Laborativa 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 automaticamente excluído da Apólice, com a consequente devolução de prêmios eventualmente pagos após essa data, devidamente atualizados a partir da data de recebimento, observado o item 21.1 das Condições Gerais deste seguro.

5. CARÊNCIA

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

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas:**

- a) Aviso de Sinistro e questionários fornecidos pela Seguradora, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, comunicando à Seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico do Segurado;
- b) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) Comprovante de residência do Segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- d) Declaração Médica indicando a data da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no conceito de invalidez laborativa total por doença, conforme definido no item Riscos Cobertos.
- e) Relatório do médico-assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade da atividade principal do Segurado.
- f) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.
- g) Carteira de Trabalho e ou Contrato de Trabalho e ou Declaração de Imposto de Renda para fins de verificação da atividade do Segurado que lhe provê maior renda.

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. CONDIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE (AF-M)

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso das despesas com o funeral, até o limite do capital segurado 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, por causas naturais ou acidentais.

3. DESPESAS COBERTAS

Serão reembolsadas 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, até o limite do capital segurado contratado, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento do Segurado.

6. CARÊNCIA

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

7. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

7.1 **Em substituição ao reembolso das despesas garantidas por esta cobertura e por opção do Beneficiário**, a Seguradora oferecerá, através de empresa terceirizada e especializada, a prestação dos serviços de assistência funeral do Segurado, mediante solicitação à Seguradora ou à empresa prestadora dos serviços por ela indicada.

7.2 No caso da opção pela prestação dos serviços, estes estarão disponíveis 24 horas por dia, durante 365 dias do ano, também limitados ao capital segurado contratado, oferecendo-se os seguintes itens:

a) Caixão/Urna; carro para enterro; carro extra; serviço assistencial; registro de óbito; taxa de sepultamento ou cremação; remoção do corpo; paramentos; aparelho de ozona; mesa de condolências; velas; velório; véu; enfeite floral e coroas. **Os serviços de sepultamento ou cremação devem ser realizados no Brasil.**

b) Locação de Jazigo (intermediação, contatos e preparativos) – Nos casos em que a família do falecido não dispuser de local para sepultamento, a Seguradora se encarregará das providências para locação de um 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, locação e manutenção do jazigo são de responsabilidade da família do Segurado e/ou procurador do mesmo.**

7.3 **A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas indenizações por outras coberturas indicadas na apólice.**

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

- a) Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Certidão de Óbito do Segurado;
- d) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- e) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- f) Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
- g) Prontuário Médico do segurado;
- h) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- i) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Laudo de Necropsia, se houver; e
- k) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- l) Notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos.

9. BENEFICIÁRIO

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

10. CONDIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL

(AF-MA)

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso das despesas com o funeral, até o limite do capital 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.

3. DESPESAS COBERTAS

Serão reembolsadas 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, até o limite do capital segurado contratado, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

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

6. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

- 6.1 **Em substituição ao reembolso das despesas garantidas por esta cobertura e por opção do Beneficiário**, a Seguradora oferecerá, através de empresa terceirizada e especializada, a prestação dos serviços de assistência funeral do Segurado, mediante solicitação à Seguradora ou à empresa prestadora dos serviços por ela indicada.
- 6.2 No caso da opção pela prestação dos serviços, estes estarão disponíveis 24 horas por dia, durante 365 dias do ano, também limitados ao capital segurado contratado, oferecendo-se os seguintes itens:
 - a) Caixão/Urna; carro para enterro; carro extra; serviço assistencial; registro de óbito; taxa de sepultamento ou cremação; remoção do corpo; paramentos; aparelho de ozona; mesa de condolências; velas; velório; véu; enfeite floral e coroas. **Os serviços de sepultamento ou cremação devem ser realizados no Brasil.**
 - b) Locação de Jazigo (intermediação, contatos e preparativos) – Nos casos em que a família do falecido não dispuser de local para sepultamento, a Seguradora se encarregará das providências para locação de um 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, locação e manutenção do jazigo são de responsabilidade da família do Segurado e/ou procurador do mesmo.**
- 6.3 **A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas indenizações por outras coberturas indicadas na apólice.**

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

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

8. BENEFICIÁRIO

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

9. CONDIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR MORTE (CB-M)

1. OBJETIVO

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

2. RISCOS COBERTOS

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

3. DESPESAS COBERTAS

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

3.2. Será garantido um reembolso mensal, de acordo com a quantidade de cestas contratadas, conforme definido nas Propostas, no Contrato, na Apólice e no Certificado Individual, até o valor do capital segurado contratado para esta garantia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

5.2. O capital segurado desta garantia e a quantidade de cestas cobertas serão definidos na apólice.

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

6. CARÊNCIA

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

7. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

7.1. Por opção do Beneficiário, em substituição ao reembolso das despesas garantidas por esta cobertura, a Seguradora poderá oferecer através de empresa terceirizada e especializada, a prestação dos serviços de fornecimento de Cestas Básicas, mediante solicitação à Seguradora quando do Aviso de Sinistro.

7.2. No caso da opção pela prestação dos serviços oferecidos pela Seguradora, os planos disponíveis e conteúdo de cada Cesta Básica (quantidade e produtos) serão disponibilizados para aceitação prévia do Beneficiário.

7.3. Quando utilizado da prestação dos serviços oferecidos pela Seguradora, deverá ser observado:

a) A Seguradora somente providenciará a entrega das Cestas Básicas, após apurada a cobertura técnica desta Cláusula, respeitado os prazos para liquidação de sinistro conforme estabelecido nas Condições Gerais.

b) As Cestas serão entregues em intervalos mensais ao Beneficiário.

c) As Cestas somente serão entregues no Brasil.

- d) Caso o Beneficiário identifique qualquer produto na Cesta que esteja quebrado, rasgado, deteriorado ou de qualquer forma inapropriado para o consumo, deverá comunicar imediatamente à Seguradora.
- e) Os produtos que de qualquer forma apresentem-se inapropriados ao consumo serão substituídos no prazo de 72 (setenta e duas) horas para entregas em São Paulo e/ou Grande São Paulo a contar da reclamação do Beneficiário, sendo que, para demais localidades o prazo será tratado caso a caso.
- f) Não havendo na praça disponibilidade de qualquer produto que conste na composição da Cesta Básica, o insumo será substituído por produto similar de igual utilidade e valor compatível.
- g) A ocorrência de catástrofes, tais como enchentes, greves, ou de outros fatores súbitos e involuntários poderão eventualmente interferir no prazo de entrega da Cesta Básica.
- h) As Cestas Básicas serão entregues mediante assinatura de contra recibo por parte do Beneficiário indicado.

7.4. A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que passem a ser devidas indenizações previstas por outras coberturas indicadas na apólice.

8. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

- a) Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Certidão de Óbito do Segurado;
- d) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- e) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- f) Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito;
- g) Prontuário Médico do segurado;
- h) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- i) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Laudo de Necropsia, se houver; e
- k) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- l) Notas fiscais originais para comprovação das despesas realizadas com a aquisição das cestas básicas cobertas, caso o beneficiário não tenha optado pela prestação de serviços descritas no item 6 destas Condições Especiais.

9. BENEFICIÁRIO

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

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

10. CONDIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

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

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso das despesas com aquisição de Cesta Básica ao Beneficiário, no caso da 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.

3. DESPESAS COBERTAS

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

3.2. Será garantido um reembolso mensal, de acordo com a quantidade de cestas contratadas, conforme definido nas Propostas, no Contrato, na Apólice e no Certificado Individual, até o valor do capital segurado contratado para esta garantia.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os termos da cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.

5.2. O capital segurado desta garantia e a quantidade de cestas cobertas serão definidos na apólice.

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

6. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

6.1. Por opção do Beneficiário, em substituição ao reembolso das despesas garantidas por esta cobertura, a Seguradora poderá oferecer através de empresa terceirizada e especializada, a prestação dos serviços de fornecimento de Cestas Básicas, mediante solicitação à Seguradora quando do Aviso de Sinistro.

6.2. No caso da opção pela prestação dos serviços oferecidos pela Seguradora, os planos disponíveis e conteúdo de cada Cesta Básica (quantidade e produtos) serão disponibilizados para aceitação prévia do Beneficiário.

6.3. Quando utilizado da prestação dos serviços oferecidos pela Seguradora, deverá ser observado:

a) A Seguradora somente providenciará a entrega das Cestas Básicas, após apurada a cobertura técnica desta Cláusula, respeitado os prazos para liquidação de sinistro conforme estabelecido nas Condições Gerais.

b) As Cestas serão entregues em intervalos mensais ao Beneficiário.

c) As Cestas somente serão entregues no Brasil.

d) Caso o Beneficiário identifique qualquer produto na Cesta que esteja quebrado, rasgado, deteriorado ou de qualquer forma inapropriado para o consumo, deverá comunicar imediatamente à Seguradora.

e) Os produtos que de qualquer forma apresentem-se inapropriados ao consumo serão substituídos no prazo de 72 (setenta e duas) horas para entregas em São Paulo e/ou Grande São Paulo a

contar da reclamação do Beneficiário, sendo que, para demais localidades o prazo será tratado caso a caso.

- f) Não havendo na praça disponibilidade de qualquer produto que conste na composição da Cesta Básica, o insumo será substituído por produto similar de igual utilidade e valor compatível.
- g) A ocorrência de catástrofes, tais como enchentes, greves, ou de outros fatores súbitos e involuntários poderão eventualmente interferir no prazo de entrega da Cesta Básica.
- h) As Cestas Básicas serão entregues mediante assinatura de contra recibo por parte do Beneficiário indicado.

6.4. A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que passem a ser devidas indenizações previstas por outras coberturas indicadas na apólice.

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas:**

- a) Formulário denominado “Aviso de Sinistro” fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Documentos dos beneficiários: Carteira de Identidade, CPF, Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c) Certidão de Óbito do Segurado;
- d) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- e) Comprovante de residência do sinistrado e dos beneficiários (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- g) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Laudo de Necropsia, se houver;
- i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado; e
- j) Notas fiscais originais para comprovação das despesas realizadas com a aquisição das cestas básicas cobertas, caso o beneficiário não tenha optado pela prestação de serviços descritas no item 6 destas Condições Especiais.

8. BENEFICIÁRIO

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

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

9. CONDIÇÕES GERAIS

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 capital segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto.

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

- a) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- b) As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado e respeitando-se o capital segurado.
- c) Desde que preservada a livre escolha, a Seguradora pode estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. 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 vôo ou navegação;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
- e) Perda de dentes, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto, e os danos estéticos;
- f) Aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- g) Prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;
- h) Utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético;
- i) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- j) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- k) 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;
- l) Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado é a importância máxima a ser indenizada no caso de sinistro coberto, conforme estabelecido na apólice e vigente na data do evento.
- 4.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data do acidente que deu origem ao sinistro.
- 4.3. A reintegração do capital é automática após cada acidente, até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

5. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 5.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado em consequência do respectivo evento coberto.
- 5.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades seguradoras envolvidas 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

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

- a) Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) Comprovante de residência do segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- d) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- g) Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- h) Comprovantes originais de despesas médicas, hospitalares, odontológicas, farmacêuticas, entre outras, bem como a receita médica e os relatórios do(s) médico(s) assistente(s).

7. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

8. CONDIÇÕES GERAIS

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 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta horas) semanais na data do sinistro**, observados os períodos de carência e franquia desta cobertura e as demais condições contratuais.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. **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. CAPITAL SEGURADO

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

6.2 A indenização está limitada ao número de mensalidades consecutivas cobertas por evento e será suspensa no momento em que o Segurado obtiver novo vínculo empregatício, desqualificando a situação de sinistro coberto.

6.3 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada data do evento a data da dispensa 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

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) Comprovante de residência do Segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- d) Da carteira de trabalho: página da identificação visual (foto), página de qualificação civil, página do registro do contrato de trabalho (admissão e demissão) e páginas anterior e posterior à página do contrato de trabalho;
- e) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
- f) Comunicação de Dispensa;
- g) Comprovação de que o Segurado permanece desempregado, após o pagamento de cada parcela da indenização.

9. BENEFICIÁRIO

O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

10. CONDIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (DIT-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 mesmo, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Está coberta a incapacidade física total e temporária, involuntária e comprovada do Segurado, que cause o afastamento do mesmo das suas atividades profissionais, por motivo de acidente pessoal ou doença coberta, observados os períodos de carência e 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 no momento em que o Segurado obtiver alta médica.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. **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. CAPITAL SEGURADO

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

7. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) Comprovante de residência do Segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- d) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Boletim de Ocorrência Policial se houver;
- f) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- g) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- h) Exames que comprovem a incapacidade física total e temporária.

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. CONDIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - PROFISSIONAL LIBERAL / AUTÔNOMO (DIT-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 mesmo, observadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Está coberta a incapacidade física total e temporária, involuntária e comprovada do Segurado, que cause o afastamento do mesmo das suas atividades profissionais, por motivo de acidente pessoal 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 no momento em que o Segurado obtiver alta médica.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões descritas na cláusula 4. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão cobertos os eventos decorrentes de lesões que não exijam atendimento médico.

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. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

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

b) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

- c) Comprovante de residência do Segurado (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- d) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Boletim de Ocorrência Policial se houver;
- f) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- g) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- h) Exames que comprovem a incapacidade física total e temporária.

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. CONDIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento do capital segurado contratado ao Beneficiário, 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 capital segurado contratado, para fazer frente ao pagamento de verba rescisória, em razão da Rescisão de Contrato de Trabalho, exclusivamente por morte do Segurado Principal.
- 2.2. O legítimo interesse do Estipulante em figurar como Beneficiário se caracteriza pelos gastos imediatos e inesperados, consequentes da rescisão do contrato de trabalho do Segurado e gastos incorridos com sua formação profissional, intrínsecos à relação de vínculo empregatício.
- 2.3. **Esta cobertura somente poderá ser contratada quando o vínculo do Segurado com o Estipulante for exclusivamente empregatício, ou seja, para segurados que possuam registro em carteira profissional feito pelo Estipulante antes do sinistro. O registro anterior ao sinistro deve ser comprovado pela CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho) do mês imediatamente anterior.**

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 4. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

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

6. CARÊNCIA

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

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora em vias originais ou cópias autenticadas:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do Estipulante;
- f) Carteira de Trabalho e Contrato de Trabalho do Segurado;

g) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.

8. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta cobertura será unicamente o Estipulante.

9. CONDIÇÕES GERAIS

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 capital segurado contratado ao Beneficiário, 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 do capital segurado contratado, para fazer frente ao pagamento de verba rescisória, em razão da Rescisão de Contrato de Trabalho, exclusivamente por morte acidental do Segurado Principal.
- 2.2. O legítimo interesse do Estipulante em figurar como Beneficiário se caracteriza pelos gastos imediatos e inesperados, consequentes da rescisão do contrato de trabalho do Segurado e gastos incorridos com sua formação profissional, intrínsecos à relação de vínculo empregatício.
- 2.3. **Esta cobertura somente poderá ser contratada quando o vínculo do Segurado com o Estipulante for exclusivamente empregatício, ou seja, para segurados que possuam registro em carteira profissional feito pelo Estipulante antes do sinistro. O registro anterior ao sinistro deve ser comprovado pela CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do Ministério do Trabalho) do mês imediatamente anterior.**

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 4. RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

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

6. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- b) Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e) CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do Estipulante;
- f) Carteira de Trabalho e Contrato de Trabalho do Segurado;
- g) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.

7. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta cobertura será unicamente o Estipulante.

8. CONDIÇÕES GERAIS

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 capital 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 4. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

5. DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Conforme item 16 das Condições Gerais deste seguro, os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora **em vias originais ou cópias autenticadas**:

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

6. BENEFICIÁRIO

As indenizações decorrentes desta cláusula serão pagas ao Segurado Principal.

7. CONDIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO (ET)

1. OBJETIVO

Tendo sido 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:

- a) comissões de corretagem, comissões de administração/pró-labore e agenciamentos pagos durante o período;
- b) 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.
- c) saldos negativos de excedentes técnicos apurados em períodos anteriores, ainda não compensados;
- d) 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;
- e) despesas de administração da Seguradora, conforme indicado no Contrato;
- f) 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:

- a) do respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b) do aviso à Seguradora para os sinistros;
- c) da respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) 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. O Estipulante será o responsável pela distribuição.
- 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.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGES

1. OBJETIVO

Tendo sido 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, respeitadas os termos e condições desta Cláusula e das demais condições contratuais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

São os previstos para cada cobertura contratada para os Cônjuges.

6. CAPITAL SEGURADO

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

7. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

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. CONDIÇÕES GERAIS

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 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 capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cláusula.

2.5. Não serão considerados por esta cláusula os filhos e dependentes do segurado que sejam componentes do grupo segurado principal.

3. 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 (DMHO).

4. RISCOS COBERTOS

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

São os previstos em cada cobertura contratada para os filhos.

6. CAPITAL SEGURADO

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 capital segurado destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas havidas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios. Incluem-se

entre as despesas havidas com o funeral as havidas com o traslado e não estão cobertas as despesas com a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

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 com o mesmo.
- 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:

- 10.1. A apólice for cancelada;
- 10.2. For solicitado o cancelamento desta Cláusula Suplementar;
- 10.3. O Segurado principal for excluído desta apólice;
- 10.4. Ocorrer a morte ou a invalidez permanente do Segurado principal;
- 10.5. Cessar a condição de dependente prevista no Regulamento do Imposto de Renda;
- 10.6. Houver pedido por escrito do Segurado Principal.

11. CONDIÇÕES GERAIS

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