

Sumário

PARTE I	3
CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS – VIDA INDIVIDUAL - BILHETE	3
CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES.....	3
CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO	3
CLÁUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS	3
CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS	4
CLÁUSULA 5ª - ACEITAÇÃO DO BILHETE DO SEGURO	5
CLÁUSULA 6ª - VIGÊNCIA DO SEGURO	6
CLÁUSULA 7ª - RENOVAÇÃO DO SEGURO	6
CLÁUSULA 8ª - CAPITAL SEGURADO.....	6
CLÁUSULA 9ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	6
CLÁUSULA 10ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS	6
CLÁUSULA 11ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO	7
CLÁUSULA 12ª - ELEMENTO DO BILHETE	8
CLÁUSULA 13ª - BENEFICIÁRIOS	9
CLÁUSULA 14ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	9
CLÁUSULA 15ª - CANCELAMENTO DO SEGURO	11
CLÁUSULA 16ª - PERDA DE DIREITO	11
CLÁUSULA 17ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA.....	12
CLÁUSULA 18ª - SUB-ROGAÇÃO	13
CLÁUSULA 19ª - FORO	13
Parte II	14
GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS.....	14
Parte III	16
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (M)	16
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	18
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA).....	20
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	24
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - (DMHO-A).....	27
CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE (DIT-A).....	30
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT-AD)	33
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE	36
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIH-AD).....	39

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇA GRAVES – INFARTO (DG).....	42
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE QUEIMADURA GRAVE (QG)	44
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-M.....	46
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-MA	48
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA – AXCB-M.....	50
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA – AXCB-MA	52
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL – AXE-M	54
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL – AXE-MA.....	56
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	58
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC	61
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF	63

PARTE I

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS – VIDA INDIVIDUAL - BILHETE

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. Somente mediante entrega do Bilhete de Seguro, preenchida e assinada pelo Segurado, por seu representante legal, ou corretor de seguros habilitado, o presente seguro poderá ser contratado;
- 1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep;
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br;
- 1.4. Mediante a contratação deste seguro, somente serão consideradas como coberturas contratadas aquelas expressamente ratificadas no Bilhete de Seguro, tornando-se nulas e sem efeitos quaisquer outras a seguir descritas.
- 1.5. Para as situações não previstas nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil;
- 1.6. As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente;
- 1.7. Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ou aos Beneficiários.
- 1.8. Mediante a contratação deste seguro, o Segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

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

CLÁUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nas cláusulas das coberturas devidamente ratificadas no Bilhete de Seguro, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

3.2. COBERTURAS

- 3.2.1. As coberturas que poderão ser contratadas são as seguintes:
 - a. Morte Natural ou Acidental (M);
 - b. Morte Acidental (MA);
 - c. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
 - d. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);

- e. Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHO-A);
- f. Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DIT-A);
- g. Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença (DIT-AD);
- h. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIH-A);
- i. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença (DIH-AD);
- j. Doenças Graves – Infarto (DG);
- k. Queimadura Grave (QG);
- l. Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental – (AXF-M);
- m. Auxílio Funeral – Morte Acidental – (AXF-MA);
- n. Auxílio Cesta-Básica – Morte Natural ou Acidental – (AXCB-M);
- o. Auxílio Cesta-Básica – Morte Acidental – (AXCB-MA);
- p. Auxílio Emergencial – Morte Natural ou Acidental – (AXE-M);
- q. Auxílio Emergencial – Morte Acidental – (AXE-MA);
- r. Assistência Funeral:
 - Individual
 - Familiar
 - Familiar Ampliado

3.3. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES:

- a. Inclusão de Cônjuge (IC);
- b. Inclusão de Filho (IF).

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

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

3.4.2. As coberturas contratadas estarão expressamente ratificadas na Apólice.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos das coberturas contratadas pelo presente Seguro, os sinistros ocorridos em consequência de:

- a. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;
- c. atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- d. doenças e acidentes pessoais preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes pessoais sofridos pelo segurado antes da contratação do seguro;
- e. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados: - Do início de vigência individual do seguro; ou - Da solicitação de aumento de capital segurado feita exclusivamente pelo segurado. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;
- f. epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- g. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h. tratamentos e procedimentos relativos à obesidade mórbida inclusive gastroplastia redutora, doenças congênitas, esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente pessoal;

- i. choque anafilático e suas consequências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente pessoal ou doença coberto;
- j. qualquer tipo de hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;
- k. de parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto
- l. perda de dentes e danos estéticos;
- m. procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia.
- n. ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.

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

4.3. EMBARGOS E SANÇÕES

4.3.1. Estão excluídos da cobertura dessa Apólice todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

- a) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>
- b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

4.3.1.1. Estão ainda excluídos da cobertura dessa Apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, , por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil , tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

4.3.2. Na hipótese de estar vedado nos termos da presente exclusão, o pagamento de qualquer parcela do capital segurado originalmente destinada aos beneficiários livremente indicados pelo proponente ou, se não tiver sido feita tal indicação ou se por qualquer outro motivo não puder prevalecer esta escolha aos beneficiários referidos pelo art. 792 do Código Civil, tal parcela do capital segurado deverá ser paga, conforme seja o caso, integralmente aos demais beneficiários legais na mesma condição ou aos beneficiários seguintes na ordem dada pelo art. 792 do Código Civil.

CLÁUSULA 5ª - ACEITAÇÃO DO BILHETE DO SEGURO

5.1. No ato da contratação serão obrigatórios o preenchimento e a assinatura do Bilhete de seguro, pelo proponente, por seu representante legal, ou corretor de seguros habilitado e será encaminhado à seguradora para análise de sua aceitação.

5.2. As Condições Gerais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura do respectivo Bilhete do Seguro, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar no próprio Bilhete do Seguro, que tomou ciência das Condições Gerais.

5.3. O pagamento do prêmio total do Bilhete de Seguro formaliza a contratação do seguro.

5.4. A efetivação do Bilhete do Seguro será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação do mesmo.

5.5. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e assinatura da Bilhete do Seguro, caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo segurado, das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 6ª - VIGÊNCIA DO SEGURO

- 6.1.** O prazo de vigência do seguro será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente.
- 6.2.** O Bilhete de Seguro terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio.

CLÁUSULA 7ª - RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 7.1.** Este seguro é por prazo determinado, não admitindo renovação. Havendo o interesse do segurado em continuar com o seguro, deverá ser emitido novo Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 8ª - CAPITAL SEGURADO

- 8.1.** O Capital Segurado é o valor máximo, expressos em moeda corrente nacional, para a Cobertura contratada a ser pago pela seguradora em caso de ocorrência de sinistro coberto pelo Bilhete de Seguro, vigente na data do evento.
- 8.2.** O Capital escolhido pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete do Seguro.
- 8.3.** Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:
- a.** Para a cobertura de Morte Natural ou Acidental (M); Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental – (AXF-M); Auxílio Cesta-Básica – Morte Natural ou Acidental – (AXCB-M); Auxílio Emergencial – Morte Natural ou Acidental – (AXE-M); Assistência Funeral (Individual, Familiar ou Familiar Ampliado): a data do falecimento.
 - b.** Para a cobertura de Morte Acidental (MA); Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA); Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHOA); Queimadura Grave (QG); Auxílio Funeral – Morte Acidental – (AXF-MA); Auxílio Cesta-Básica – Morte Acidental – (AXCB-MA); Auxílio Emergencial – Morte Acidental – (AXE-MA): a data do acidente.
 - c.** Para a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DITA) e Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença (DITAD): a data do afastamento, mediante comprovação por laudo médico.
 - d.** Para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIHA), Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença (DIHAD);): A data da internação.
 - e.** Para a cobertura de Doença Grave – Infarto (DG): a data do diagnóstico do infarto, mediante a comprovação por laudo médico, conforme especificado nas Condições Especiais do seguro.
- 8.4.** Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

CLÁUSULA 9ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

- 9.1.** Estarão cobertos os sinistros ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário, constante no Bilhete do Seguro.

CLÁUSULA 10ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS

- 10.1. FRANQUIA:** Em caso de período de franquia estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, esta será definida no Bilhete de Seguro e estará devidamente especificado nas Condições Especiais.
- 10.2. CARÊNCIA:** É o período contínuo, contado a partir da data de início de Vigência do Bilhete de Seguro ou do

aumento do Capital Segurado por solicitação do Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.

10.2.1. Em caso de período de carência estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, este será definido no Bilhete de seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Seguro e será contado a partir do início de vigência individual.

10.2.2. Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da Vigência inicial do Contrato, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

10.2.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 11ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, ou pagamentos mensais, bimestrais, trimestrais, quadrimestrais ou semestrais durante o período de vigência do seguro, conforme estabelecido no Bilhete de Seguro.

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

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

11.3.1. Será adotado o prazo de Tolerância de 60 (sessenta) dias, durante o qual a falta de pagamento do Prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro. Em caso de ocorrência de sinistro coberto nesse período, a indenização será paga deduzida dos prêmios devidos nesse período e não pagos, sendo estes acrescidos de multa e juros moratórios nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

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

11.3.3. Não será considerado para fins de contagem de prazo, data de vencimento que sejam prorrogadas, sempre será considerada para contagem do prazo citado no subitem 11.3.2. a data do primeiro vencimento gerado para parcela em atraso.

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

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
13%	5%	73%	53%
20%	9%	75%	57%
27%	13%	78%	62%
30%	17%	80%	66%
37%	21%	83%	70%
40%	25%	85%	74%
46%	29%	88%	79%

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
50%	33%	90%	83%
56%	37%	93%	87%
60%	41%	95%	91%
66%	45%	98%	95%
70%	49%	100%	100%

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

- 11.5.** A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o segurado, conforme o caso alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.
- 11.6.** O prazo limite para o pagamento do prêmio é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Se esta data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente.
- 11.7.** Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro, se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.
- 11.8.** O segurado obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que está possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição da correspondência de aviso de cancelamento.
- 11.9.** O não pagamento do prêmio até a data de vencimento correspondente, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

CLÁUSULA 12ª - ELEMENTO DO BILHETE

- 12.1.** O Bilhete do Seguro, deverá especificar os seguintes elementos mínimos:
- ramo(s) de seguro, com o(s) respectivo(s) código(s), nos termos da legislação específica, do(s) plano(s) de seguro vinculado(s) ao bilhete;
 - nome completo da Sociedade Seguradora, CNPJ e o código de registro junto à Susep;
 - número(s) do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à Susep do(s) plano(s) de seguro ao(s) qual(ais) se vincula o bilhete;
 - prazos de tolerância e os períodos de suspensão aplicáveis, se previstos;
 - documentação necessária para o recebimento da indenização para cada cobertura contratada;
 - prazo máximo para pagamento da indenização ou do capital segurado pela sociedade seguradora;
 - o número de telefone gratuito da Central de Atendimento ao segurado ou beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do Bilhete do Seguro;
 - a informação do link no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o plano de seguro ao qual se vincula o bilhete do Seguro;
 - o número de telefone gratuito de atendimento ao público da Susep;
 - chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora;
 - nome e número de registro na Susep do corretor, se houver.
 - o período de vigência da(s) coberturas (s) contratada (s), incluindo a data de início e término;

- m. o valor a ser pago pelo segurado a título de prêmio, incluindo prêmio do seguro, IOF e valor total a ser pago pelo segurado;
- n. o prazo e forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, a sua periodicidade;
- o. prazos de tolerância e os períodos de suspensão aplicáveis, se previstos;
- p. documentação necessária para o recebimento da indenização para cada cobertura contratada;
- q. prazo máximo para pagamento da indenização ou do capital segurado pela sociedade seguradora;
- r. o número de telefone gratuito da Central de Atendimento ao segurado ou beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do Bilhete do Seguro;
- s. a informação do link no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o plano de seguro ao qual se vincula o bilhete do Seguro;
- t. o número de telefone gratuito de atendimento ao público da Susep;
- u. chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora;
- v. nome e número de registro na Susep do corretor, se houver.

CLÁUSULA 13ª - BENEFICIÁRIOS

13.1. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for 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.

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

13.1.2. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

CLÁUSULA 14ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

14.1.1. Para todos os eventos:

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

DO SEGURADO

- RG (cópia autenticada);
- CPF (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento ou Casamento (cópia autenticada do documento atualizado);

DO(S) BENEFICIÁRIO(S)

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

o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

- 14.1.2.** Além dos documentos acima, deverão ser encaminhados os documentos constantes da Cláusula das Condições Especiais, no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO da cobertura contratada causadora do evento.
- 14.1.3.** Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 14.2.** O pagamento de qualquer indenização devida relativa ao presente seguro será realizado sob a forma de parcela única ou renda nos termos definidos em cada cobertura contratada e será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados a cada cobertura e informações necessárias que possibilitem a regulação e liquidação comprovação do sinistro.
- 14.3.** Fica reservado à Seguradora o direito de solicitar outros documentos, além dos básicos, no caso de dúvida fundada e justificável, que sejam necessários para regulação e liquidação do sinistro. Neste caso, será suspensa e voltando a contagem do prazo que trata o parágrafo anterior, a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 14.4.** Quando os documentos solicitados forem cópias, estes devem ser autenticados.
- 14.5.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 14.5.1.** A junta médica de que trata o subitem anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 14.5.2.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.
- 14.6.** Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para fins de verificação de cobertura, de acordo com as condições previstas contratualmente.
- 14.7.** O Corretor, Segurado e/ou beneficiários deverão comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que tiver conhecimento.
- 14.8.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, para fins deste Seguro.
- 14.9.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 14.10.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 14.11.** O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.
- 14.12.** O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não **representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.**
- 14.12.1.** **A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às**

condições gerais e especiais das coberturas contratadas.

CLÁUSULA 15ª - CANCELAMENTO DO SEGURO

- 15.1.** O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, desde que tal intenção seja comunicada por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de cancelamento.
- 15.2.** Nos demais casos, o cancelamento do Bilhete de Seguro somente se dará quando expirar seu prazo de vigência, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 60 dias no caso de Seguros contratados com vigência mínima de 1 (um) ano ou 2 (dois) dias para os casos de contratação inferior a 1 (um) ano.
- 15.3.** No caso de **resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, serão observadas as seguintes disposições:**
- a.** a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
 - b.** quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a Seguradora poderá reter, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto disposta no Cláusula – PAGAMENTO DE PRÊMIO, subitem 11.4 anterior.
- 15.4.** O Bilhete de Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 15.5.** As coberturas individuais cessarão automaticamente:
- a.** com o cancelamento do Bilhete do Seguro;
 - b.** a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão do seguro;
 - c.** quando o Segurado deixar de contribuir com o prêmio (custo), do seguro;
 - d.** no caso de coberturas adicionais ou especiais, além dos casos previstos anteriormente, com o cancelamento da respectiva cláusula; ou
 - e.** quando o segurado for indenizado pela cobertura de Morte ou por Invalidez Permanente Total.

CLÁUSULA 16ª - PERDA DE DIREITO

- 16.1** O segurado perderá o direito a indenização quando agravar intencionalmente o risco.
- 16.2** Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação prevista no seguro quando, o Segurado, seu representante legal, fizer declarações inexatas, falsas ou incompletas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, hipótese em que ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
- 16.3** Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:
- I - na hipótese de não ocorrência de sinistro:**
 - a)** cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b)** mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.
 - II - na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:**
 - a)** após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
 - b)** permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível ou deduzi-la do valor a ser indenizado, e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.
 - III - na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: após o pagamento da indenização, cancelar o**

seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

- 16.4** O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela sociedade seguradora, que silenciou de má-fé.
- 16.5** A sociedade seguradora, desde que o faça nos quinze (15) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, mediante comunicação formal:
- cancelar o seguro;
 - restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
 - cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes
- 16.5.1** No caso do cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 16.5.2** Na hipótese de continuidade do seguro, a sociedade seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível
- 16.6** O Segurado perderá o direito à indenização se por efeito da política de imposição de embargos e sanções por organismos internacionais houver ato doloso do segurado ou de seu representante legal e nexos causal com o evento gerador do sinistro.
- 16.7** O segurado perderá o direito ao pagamento do capital segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste seguro.
- 16.7.1** O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 16.7.2** A mudança de profissão/ atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente como: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé. A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado Cônjuge, quando incluído no Seguro.
- 16.7.3** A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 16.7.4** 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.

CLÁUSULA 17ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA

- 17.1** Atualização Monetária - Os valores devidos a título obrigações pecuniárias estão sujeitas a atualização monetária pela variação positiva do IPCA-IBGE (índice de preços ao consumidor amplo – do instituto brasileiro de estatística) a partir da data da data em que se tornarem exigíveis.
- 17.1.1** A atualização monetária será calculada com base no último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária, e aquele publicado imediatamente anterior a data efetiva do pagamento.
- 17.1.2** No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado o IGPM-FGV (índice de geral de preços de mercado – Fundação Getúlio Vargas) como índice substituto para atualização das obrigações pecuniárias.
- 17.2** Juros e Mora - No caso de não cumprimento dos prazos previstos, além da atualização monetária, serão devidos juros de mora de 0,033% ao dia, limitado a 12% (doze por cento) ao ano, contados partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para a liquidação da obrigação pecuniária.

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

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

CLÁUSULA 18ª - SUB-ROGAÇÃO

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

CLÁUSULA 19ª - FORO

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

Parte II

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados no Bilhete de Seguro, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

1. **ACIDENTE PESSOAL:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.
2. **AMBIENTE HOSPITALAR:** Considera-se ambiente hospitalar; hospitais, ambulatórios, consultórios e clínicas.
3. **BENEFICIÁRIO:** É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.
4. **CAPITAL SEGURADO:** É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.
5. **CARREGAMENTO:** É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
6. **CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes do Bilhete de Seguro, das condições gerais e das condições especiais.
7. **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;
8. **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.
9. **BILHETE DE SEGURO:** É o documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento da Proposta de Contratação.
10. **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.
11. **HOSPITAL:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.
12. **INÍCIO DE VIGÊNCIA:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
13. **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.
14. **NOTA TÉCNICA ATUARIAL:** É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
15. **PRÊMIO:** É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
16. **PRÊMIO COMERCIAL:** É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
17. **PRÊMIO PURO:** É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
18. **PROPONENTE:** É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
19. **RISCOS EXCLUÍDOS:** São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

- 20. SEGURADO:** É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 21. SINISTRO:** É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 22. VIGÊNCIA:** Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro. A cobertura individual, é o período de validade das coberturas contratadas, para cada Segurado.

Parte III

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (M)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.
- 2.3.** Para menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:
- a.** Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;
 - b.** Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

- 4.1. FRANQUIA:** Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.
- 4.2. CARÊNCIA:** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice, limitado à 2 (dois) anos e será contado a partir do início de vigência individual.
- 4.2.1.** O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 4.3.** Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1.** Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado pelo(s) beneficiário(s), ou representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
- 5.2.** Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.
- 5.2.1.** A comunicação, na forma deste item, não exonera o segurado, seu representante ou o(s) beneficiário(s), da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de

liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

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

I. Morte Decorrente de Doença:

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

II. Morte Decorrente de Acidente:

Além dos Documentos relacionados na Alínea I. acima providenciar:

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

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

- a.** Declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

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

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.
- 2.3.** Para menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:
- a.** Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;
 - b.** Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

- 5.1.** As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.
- 5.1.1. Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.**

CLÁUSULA 6ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado pelo(s) beneficiário(s) ou representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.**
- 6.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.**
- 6.2.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o(s) beneficiário(s) ou seu representante, da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.**
- 6.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das**

Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

I. Morte Decorrente de Acidente:

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

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

- a. Declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

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

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

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

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

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

- 1.1.** Mediante contratação desta cobertura será garantido ao Segurado, o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado contratado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, em consequência de acidente pessoal coberto.
- 1.2.** A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.
- 1.3.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 1.4.** A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1.** Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:
 - a.** as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

- 5.1.** As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.
- 5.2.** Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

CLÁUSULA 6ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - CONTINUAÇÃO	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros (perna)	25

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

- 6.2.** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 6.2.1.** Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
- 6.3.** Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 6.4.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 6.5.** Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 6.6.** Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1.** Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
- 7.2.** Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
- 7.2.1.** A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o acidente.
- 7.3.** O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

- 7.4.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:
- a.** Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
 - b.** Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - c.** Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - d.** Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - e.** Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
 - f.** Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados, acompanhados dos respectivos laudos médicos;
- 7.5.** O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.
- 7.5.1.** A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 8ª - JUNTA MÉDICA

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

CLÁUSULA 9ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

- 9.1.** No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 9.1.1.** A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 10ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA

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

CLÁUSULA 11ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

- 1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido ao Segurado, o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado contratado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, em consequência de acidente pessoal coberto.
- 1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.
- 1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1. O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:
 - a. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

- 5.1. As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.
 - 5.1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor indenizado por morte. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão da indenização por invalidez permanente total.

CLÁUSULA 6ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

- 6.1.** No caso de Invalidez Permanente Total por Acidental, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:
- a. Perda total da visão de ambos os olhos;
 - b. Perda total do uso de ambos os membros superiores;
 - c. Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
 - d. Perda total do uso de ambas as mãos;
 - e. Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
 - f. Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 - g. Perda total do uso de ambos os pés; ou
 - h. Alienação mental total incurável.
- 6.2.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 6.3.** Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 6.4.** A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total.

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1.** Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
- 7.2.** Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
- 7.2.1.** A comunicação, na forma desse item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos com informações completas sobre o ocorrido.
- 7.3.** O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
- 7.4.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:
- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
 - b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - c. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - d. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - e. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
 - f. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados;
- 7.5.** O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.
- 7.5.1.** A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 8ª - JUNTA MÉDICA

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

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

CLÁUSULA 9ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA

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

CLÁUSULA 10ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1.** Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:
- a. estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - b. aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
 - c. reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos;
 - d. medicamentos prescritos relacionados ou não com a causa do evento causador da cobertura e adquiridos fora do ambiente hospitalar não serão reembolsados.
 - e. despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;
 - f. tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
 - g. cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
 - h. estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
 - i. tratamentos relacionados a doenças.

CLÁUSULA 4ª - PRESTADORES

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

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

- 5.1. FRANQUIA:** O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de até 30% (trinta) por cento do valor da indenização.
- 5.2. CARÊNCIA:** Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 6ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 6.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.**
- 6.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.**
- 6.2.1. A comunicação, na forma desse item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos com informações completas sobre o ocorrido.**
- 6.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:**
- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);**
 - b. Notas fiscais e outros comprovantes ORIGINAIS das despesas efetuadas pelo segurado;**
 - c. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;**
 - d. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;**
 - e. Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;**
 - f. Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos e os procedimentos realizados;**
 - g. Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela; e**
 - h. Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.**
- 6.4. As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais e demais documentos necessários a comprovação do acidente, descritos no manual de liquidação de sinistros.**
- 6.5. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.**
- 6.5.1. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.**

CLÁUSULA 7ª - CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA

- 7.1. Possuindo o segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, a responsabilidade desta seguradora, nesta apólice, será igual a importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma delas.**
- 7.2. Pelo mesmo acidente, o reembolso não poderá superar o limite máximo contratado para a cobertura de DMHO.**

CLÁUSULA 8ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

- 8.1. No caso de utilização do reembolso por esta cobertura, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.**
- 8.2. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.**

CLÁUSULA 9ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

- 1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de acidente pessoal coberto, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice e o período de franquia.
- 1.2. A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
- 1.3. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.
- 1.4. O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1. O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.
- 2.3. O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.
- 2.4. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:
 - a. doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - b. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - c. tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - d. tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
 - e. tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
 - f. doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
 - g. infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
 - h. doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos

- terapêuticos;
- i. doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer, doença de parkinson, entre outras.
 - j. transtornos mentais e psiquiátricos;
 - k. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - l. lesões que não requerem atenção médica;
 - m. internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
 - n. cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - o. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia
 - p. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
 - q. quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

- 4.1. FRANQUIA:** O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).
- 4.1.1.** As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.
- 4.2. CARÊNCIA:** Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1.** Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
- 5.2.** Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
- 5.2.1.** A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.
- 5.3.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:
- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
 - b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - c. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - d. Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

- e. Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f. Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- g. cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; e
- h. exames médicos que estejam relacionados com o evento.

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

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

CLÁUSULA 6ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

6.2. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

- 1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de causas naturais (doença) ou acidente pessoal cobertos, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice e o período de franquia.
- 1.2. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura e será paga de uma única vez.
- 1.3. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.
- 1.4. O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1. O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.
- 2.3. O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.
- 2.4. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:
 - a. lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;
 - b. lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.
 - c. entorses, distensões e contusões;
 - d. transtornos mentais e psiquiátricos;
 - e. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - f. lesões que não requerem atenção médica;
 - g. internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
 - h. cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

- i. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- j. acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- k. tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- l. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

- 4.1. FRANQUIA:** O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).
- 4.1.1.** As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.
- 4.2. CARÊNCIA:** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 4.3.** O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 4.4.** Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1.** Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
- 5.2.** Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
- 5.2.1.** A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.
- 5.3.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:
- a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
 - b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - c. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - d. cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - e. relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;

- f. comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- g. cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar
- h. Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

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

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

CLÁUSULA 6ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

6.2. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

- 1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar, observado o período de franquia, em caso de eventos cobertos, decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez.
- 1.2. É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.
- 1.3. A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.
- 1.4. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no Bilhete de Seguro.
- 1.5. A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1. O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data da internação do segurado por determinação médica.
- 2.3. A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.
- 2.4. As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:
 - a. tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
 - b. intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - c. acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
 - d. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - e. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
 - f. cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
 - g. estados de convalescença, após a alta médica;
 - h. tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
 - i. diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;

- j. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
- k. quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

- 4.1. **FRANQUIA:** O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).
 - 4.1.1. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.
- 4.2. **CARÊNCIA:** Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
- 5.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
 - 5.2.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.
- 5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:
 - a. formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
 - b. declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - c. relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;
 - d. notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;
 - e. boletim de Ocorrência policial, se for o caso, ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
 - f. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - g. cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado; e
 - h. exames médicos que estejam relacionados com o evento.
- 5.4. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.
 - 5.4.1. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.

CLÁUSULA 6ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

- 6.1. O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.**
- 6.2. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.**

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

- 1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar, observado o período de franquia, em caso de eventos cobertos, decorrentes de causas naturais (doenças) e acidente pessoal cobertos, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez.
- 1.2. É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.
- 1.3. A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.
- 1.4. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no Bilhete de Seguro.
- 1.5. A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1. O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data da internação do segurado por determinação médica.
- 2.3. A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.
- 2.4. As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:
 - a. tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
 - b. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
 - c. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
 - d. cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
 - e. estados de convalescença, após a alta médica;
 - f. tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
 - g. diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnóstico, entre outros;
 - h. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
 - i. senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;

- j. hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- k. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- l. inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- m. ceratomia (cirurgia para correção da miopia);
- n. toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

- 4.1. **FRANQUIA:** O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica). As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.
- 4.2. **CARÊNCIA:** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 4.3. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 4.4. Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
- 5.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
 - 5.2.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.
- 5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - "LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO", das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem "Para todos os eventos", deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:
 - a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
 - b. cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - c. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
 - d. cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - e. relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
 - f. comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;

- g. cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; e
- h. exames médicos que estejam relacionados com o evento.

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

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

CLÁUSULA 6ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

6.2. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇA GRAVES – INFARTO (DG)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

- 1.1.** Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento do capital segurado, em caso de diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio, observado os riscos excluídos e demais termos das condições contratuais do seguro,
- 1.2. Infarto Agudo do Miocárdio:** necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas.
- 1.3 Esta cobertura será contratada apenas para o 1º (primeiro) diagnóstico de Doenças Graves - Infarto, uma vez caracterizado o evento como coberto e indenizado, o seguro será cancelado.**

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do diagnóstico do Infarto.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:**
 - a. infartos do miocárdio anteriores à contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no Eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação.**

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

- 4.1. FRANQUIA:** Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.
- 4.2. CARÊNCIA:** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
 - 4.2.1. O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.**
- 4.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1. Ocorrendo um evento que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.**
- 5.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.**
- 5.2.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.**
- 5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:**
- a. formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);**
 - b. relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças que evoluiu para o quadro cirúrgico, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento;**
 - c. Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados relacionados ao evento;**
 - d. Eletrocardiograma (ECG) com alteração da onda ST, angiografia ou cintilografia mostrando a diminuição da perfusão do órgão e exame de sangue com a elevação da dosagem de CK e CKMB.**
- 5.4. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.**
- 5.4.1. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.**

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE QUEIMADURA GRAVE (QG)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao(s) próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado, decorrente de Diagnóstico de Queimadura Grave, observado os riscos excluídos e demais termos previstos nas Condições Contratuais do seguro e nesta cláusula.

1.2. Queimadura Grave: queimaduras de segundo grau que atingem acima de 20% (vinte por cento) da superfície corporal, queimaduras de terceiro grau que atingem mais de 10% (dez por cento) da superfície corporal, queimaduras de segundo ou terceiro grau que atingem o períneo, queimaduras de terceiro grau que atingem mão ou pé ou face ou axila e queimaduras por corrente elétrica.

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.

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

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a. Queimaduras decorrentes de autoagressão.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

4.2. CARÊNCIA: Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da Vigência inicial do Contrato, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

4.2.1. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um evento que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

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

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

- a. Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b. cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d. cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e. relatório do médico informando o histórico do evento causador do evento, a superfície corporal atingida, a profundidade das queimaduras e o tratamento realizado;
- f. comprovante de atendimento hospitalar devido à queimadura;
- g. Para queimadura de terceiro grau, laudo de Cirurgião Plástico.

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-M

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido o pagamento ao beneficiário, a título de auxílio funeral, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, no caso de seu falecimento decorrente de causas naturais (doenças) e acidente pessoal coberto, durante o período de vigência do seguro.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do segurado.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

- 4.1. FRANQUIA:** Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.
- 4.2. CARÊNCIA:** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 4.2.1.** O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 4.3.** Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1.** Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
- 5.2.** Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
- 5.2.1.** A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.
- 5.3.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:
- a.** Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
 - b.** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-MA

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido o pagamento ao beneficiário, a título de auxílio funeral, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, no caso de seu falecimento decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, durante o período de vigência do seguro.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1.** Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
- 5.2.** Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
- 5.2.1.** A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.
- 5.3.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:
- a.** Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
 - b.** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - c.** Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - d.** Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
 - e.** Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - f.** Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
 - g.** Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - h.** Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

- 1.1.** Mediante contratação desta cobertura será garantido o pagamento de uma indenização a título de auxílio alimentação ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do segurado em decorrência de eventos de causas naturais (doença) ou acidente pessoal cobertos, ocorridos durante o período de vigência do seguro.
- 1.1.1.** O pagamento poderá ser efetuado por meio de crédito em cartão-eletrônico, se estabelecido no Bilhete de Segurado.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do segurado.
- 2.3.** De acordo com o estabelecido contratualmente, a indenização poderá ser paga em espécie, por meio do fornecimento de cestas de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

- 4.1. FRANQUIA:** Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.
- 4.2. CARÊNCIA:** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 4.2.1.** O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 4.3.** Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1.** Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
- 5.2.** Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
- 5.2.1.** A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

- 5.3.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:
- a. Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
 - b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
 - e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - f. Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
 - g. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - h. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - i. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.
- 5.4. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.**
- 5.4.1. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais da cobertura contratada.**

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido o pagamento de uma indenização a título de auxílio alimentação ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal cobertos, ocorridos durante o período de vigência do seguro

1.1.1. O pagamento poderá ser efetuado por meio de crédito em cartão-eletrônico, se estabelecido no Bilhete de Seguro.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.

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

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

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL – AXE-M

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do segurado.
- 2.3.** O pagamento do capital segurado será realizado pelos prestadores de serviços de assistência funeral contratados pela seguradora.
- 2.4.** Esta cobertura somente poderá ser contratada juntamente com a cobertura de Assistência Funeral.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

- 4.1. FRANQUIA:** Não haverá aplicação de Franquia para esta cobertura.
- 4.2. CARÊNCIA:** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 4.2.1.** O período de Carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 4.3.** Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1.** Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
- 5.2.** Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
- 5.2.1.** A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.
- 5.3.** Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das

Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL – AXE-MA

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido o pagamento de uma indenização a título de auxílio emergencial ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal cobertos, ocorridos durante o período de vigência do seguro

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente.
- 2.3.** O pagamento do capital segurado será realizado pelos prestadores de serviços de assistência funeral contratados pela seguradora.
- 2.4.** Esta cobertura somente poderá ser contratada juntamente com a cobertura de Assistência Funeral.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 5.1.** **Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.**
- 5.2.** **Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.**
- 5.2.1.** **A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.**
- 5.3.** **Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto no item - “LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO”, das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados no subitem “Para todos os eventos”, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, referente ao evento:**
- a.** Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
 - b.** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - c.** Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido o reembolso das despesas realizadas ou a disponibilização dos serviços de assistência, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, para o funeral do segurado, seus dependentes ou agregados, de acordo com o plano de cobertura contratado, no caso de seu falecimento decorrente de causas Naturais (doença) ou acidente pessoal coberto, durante o período de vigência do seguro.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

- 2.1.** O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 2.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do segurado.
- 2.3.** Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados.
- 2.4.** O responsável pelo funeral poderá requerer livremente a substituição do reembolso pela prestação de serviços de assistência.
- 2.5. Não haverá qualquer reembolso de despesas quando feita a opção pelos serviços de assistência.**
- 2.6.** As despesas com funeral serão reembolsadas ao responsável pelo pagamento mediante entrega dos comprovantes originais das despesas.
- 2.7.** Na hipótese de haver mais de um responsável pelo custeio do funeral, a indenização será feita para cada um dos responsáveis na proporção dos gastos devidamente comprovados e limitado ao valor do capital segurado desta cobertura.
- 2.8.** Essa cobertura poderá ser contratada nas seguintes opções:
- 2.8.1.** Assistência Funeral – Individual: Garante o reembolso ou os serviços de assistência exclusivamente para o Segurado Principal do seguro.
- 2.8.2.** Assistência Funeral Familiar: Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu cônjuge e filhos.
- 2.8.3.** Familiar Ampliado Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu Cônjuge, Filhos, Pai, Mãe, Sogro e Sogra.
- 2.9.** Para fins dessa cobertura, deve ser considerado:
- I.** Cônjuge: é a(o) esposa(o) do segurado(a)
 - a.** O(a) companheiro(a) equipara-se ao cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.
 - II.** Filhos – são considerados para fins desse seguro, o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda – IRPF.

CLÁUSULA 3ª - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 3.1.** Os serviços passíveis de reembolso ou compreendidos nos serviços de assistência funeral são os seguintes:
- a.** carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;

- b. coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
- c. ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
- d. paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
- e. registro de óbito: registro do óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
- f. sepultamento: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular.
- g. caixão: pagamento das despesas relacionadas à aquisição de urna funerária padrão standard.
- h. representante da prestadora de serviços: pessoa designada pela prestadora de serviço, responsável por providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária, tomando todas as medidas necessárias à realização do funeral, podendo solicitar o acompanhamento de membro da família, caso necessário.
- i. Repatriamento (até o município de moradia habitual);
- j. Aluguel de Jazigo: Taxa de aluguel de jazigo pelo período de 03 (três) anos e 01 (um) mês, contados da data do sepultamento (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

3.2. A rede de prestadores de serviço poderá ser alterada a qualquer momento pela seguradora sem aviso prévio.

3.3. O meio de traslado do corpo é decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

3.4. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta Cobertura, se a cobertura for devida.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDO

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

- a. roupas em geral;
- b. anúncio em rádio ou jornal;
- c. missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d. xerox da documentação;
- e. café, bebidas e refeições em geral;
- f. compra de Jazigo ou similares;
- g. confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h. lápides e/ou gravações;
- i. cruzeiros;
- j. reforma em geral no jazigo;
- k. exumação de corpo em jazigo da família;
- l. custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m. necromaquiagem;
- n. as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo;
- o. qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nestas condições.

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 6ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

- 1.1. Mediante contratação desta cláusula suplementar de Inclusão de Cônjuge, poderá ser contratado as coberturas do seguro para o cônjuge do segurado principal.
- 1.2. Não pode participar desta cláusula suplementar, o cônjuge que faça parte do grupo segurado, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.
- 1.3. São extensíveis ao cônjuge, somente as coberturas contratadas pelo segurado principal, respeitadas as restrições estabelecidas no contrato de seguro.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÃO

- 2.1. Cônjuge: é a(o) esposa(o) do segurado(a).
 - 2.1.1. A(O) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 3.2. O capital segurado relativo a cada cobertura contratada para o cônjuge será equivalente a um percentual do correspondente capital segurado contratado para o segurado principal
- 3.3. O percentual referente a cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente, sendo que não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.**

CLÁUSULA 5ª - FORMA DE CONTRATAÇÃO

- 5.1. A forma de contratação da cláusula suplementar poderá ser:
 - a. automática: quando estarão cobertos automaticamente todos os cônjuges dos respectivos segurados principais, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas nas condições contratuais.
 - b. facultativa: quando são incluídos os cônjuges dos segurados principais mediante adesão individual, desde que aceitos pela seguradora.

CLÁUSULA 6ª - BENEFICIÁRIO

- 6.1. Na falta de indicação expressa do beneficiário do cônjuge nas coberturas cujo evento coberto seja o falecimento, a indenização será paga ao segurado principal. Nas demais coberturas, o beneficiário será o próprio cônjuge.

CLÁUSULA 7ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

7.1. Os riscos individuais previstos no seguro começam a vigorar:

- a.** na forma automática: a partir da caracterização da condição de cônjuge de acordo com o item 2.1.
- b.** na forma facultativa: na data da inclusão do cônjuge, desde que aceito previamente pela seguradora

7.2. As coberturas contratadas para o cônjuge começam a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou a partir da data em que se caracterizar a sua união, conforme no item DEFINIÇÃO acima, ou ainda, em data posterior, quando a cláusula suplementar for contratada após a entrada em vigor das coberturas do segurado principal, ou ainda a partir da data.

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

- 1.1.** Mediante contratação desta cláusula suplementar de Inclusão de Filhos, poderá ser contratado as coberturas do seguro para os filhos do segurado principal.
 - 1.1.1.** Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, é permitida somente a contratação de coberturas para o reembolso das despesas, devidamente comprovadas, observando-se que:
 - a.** incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
 - b.** não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
- 1.2.** São extensíveis aos filhos, somente as coberturas contratadas pelo segurado principal, respeitadas as restrições estabelecidas no contrato de seguro.
- 1.3.** Não podem participar desta cláusula suplementar, os filhos que façam parte do grupo segurado, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.
- 1.4.** Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal para efeito desta cláusula suplementar.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÃO

- 2.1.** Filho: para efeito desta cláusula suplementar é o filho, o enteado e o menor considerado dependente do segurado principal conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

CLÁUSULA 3ª - CAPITAL SEGURADO

- 3.1.** O Capital contratado pelo segurado estará especificado de forma expressa no Bilhete de Seguro.
- 3.2.** O capital segurado relativo a cada cobertura contratada para os filhos será equivalente a um percentual do correspondente capital segurado contratado para o segurado principal
- 3.3.** O percentual referente a cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente, sendo que não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** **Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar todos os riscos definidos como excluídos para cada cobertura contratada pelo segurado principal.**

CLÁUSULA 5ª - FORMA DE CONTRATAÇÃO

- 5.1.** A inclusão dos Filhos do segurado principal será automática, sem necessidade de adesão individual, desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

CLÁUSULA 6ª - BENEFICIÁRIO

- 6.1.** O beneficiário dos filhos nas coberturas cujo evento coberto seja o falecimento, é o segurado principal. Nas demais

coberturas, os beneficiários serão os filhos.

CLÁUSULA 7ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

7.1. As coberturas contratadas para os filhos começam a vigorar simultaneamente com o início da vigência da cobertura do segurado principal, ou em data posterior, quando a cláusula suplementar for contratada após a entrada em vigor das coberturas do segurado principal.

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

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

PROCESSO SUSEP nº < >

Atendimento de Sinistro

A comunicação de sinistro deverá ser feita pelo telefone 0800-770-0797 ou através de e-mail: sinistros@berkley.com.br.

O segurado deverá encaminhar carta com a descrição detalhada do evento ocorrido com data e horário do fato, relacionando os bens atingidos e respectivas estimativas e contato para agendamento da vistoria.