



Condições Gerais e Especiais

SEGURO COLETIVO DE VIDA
CAPITAL GLOBAL

Versão: dezembro/2025
Comercialização a partir de 11/12/2025

Sumário

BEM-VINDO(A) AO SEGURO BERKLEY	5
INFORMAÇÕES IMPORTANTES	5
CONSULTAS	7
I – INTRODUÇÃO	8
1. APRESENTAÇÃO	8
2. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO	8
3. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)	9
3.1. DAS TERMINOLOGIAS CONSTANTES DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS	22
II - CONDIÇÕES GERAIS	25
Cláusula 1 ^a . OBJETIVO DO SEGURO	25
Cláusula 2 ^a . DOCUMENTOS CONTRATUAIS E COMPLEMENTARES	25
Cláusula 3 ^a . ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	26
Cláusula 4 ^a . RISCOS COBERTOS	26
Cláusula 5 ^a . RISCOS EXCLUÍDOS	28
Cláusula 6 ^a . GRUPO SEGURÁVEL	30
Cláusula 7 ^a . GRUPO SEGURADO	30
Cláusula 8 ^a . ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	31
Cláusula 9 ^a . CAPITAL SEGURADO	31
Cláusula 10 ^a . REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	33
Cláusula 11 ^a . FRANQUIA	33
Cláusula 12 ^a . CARÊNCIA	33
Cláusula 13 ^a . ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – ESTIPULANTE\SUB-ESTIPULANTE	34
Cláusula 14 ^a . APÓLICE E VIGÊNCIA DO SEGURO	38
Cláusula 15 ^a . AGRAVAMENTO DO RISCO	39
Cláusula 16 ^a . OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E DO SUBESTIPULANTE	41
Cláusula 17 ^a . CUSTEIO DO SEGURO	43
Cláusula 18 ^a . CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO	43
Cláusula 19 ^a . PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO	43
Cláusula 20 ^a . PAGAMENTO DO PRÊMIO	45
Cláusula 21 ^a . BENEFICIÁRIOS	47
Cláusula 22 ^a . RECLAMAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO	48
Cláusula 23 ^a . INDENIZAÇÃO	52
Cláusula 24 ^a . RENOVAÇÃO DA APÓLICE	54
Cláusula 25 ^a . CANCELAMENTO DO SEGURO	54
Cláusula 26 ^a . PERDA DE DIREITO	56
Cláusula 27 ^a . CESSAÇÃO DA COBERTURA	57

Cláusula 28 ^a . ALTERAÇÃO CONTRATUAL.....	58
Cláusula 29 ^a . ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA.....	58
Cláusula 30 ^a . SUB-ROGAÇÃO.....	58
Cláusula 31 ^a . DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO	58
Cláusula 32 ^a . MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	60
Cláusula 33 ^a . PRESCRIÇÃO.....	60
Cláusula 34 ^a . FORO	60
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (M)	61
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	65
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA).....	68
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	74
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO (ADPT) EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE	79
ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD).....	91
1º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS	91
2º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS	92
3º DOCUMENTO - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE.....	93
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (ILPD)	94
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - (DMHO-A)	101
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE (DIT-A).....	106
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT-AD)	111
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE (DIH-A).....	116
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIH-AD)	120
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇA GRAVES	125
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE QUEIMADURA GRAVE (QG)	131
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL –	134
AXF-M.....	134
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL DECORRENTE DE ACIDENTE- AXF-MA	137
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA – AXCB-M	140
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA – AXCB-MA.....	143



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL – AXE-M.....	146
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL – AXE-MA	149
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE FILHOS PÓSTUMOS (IEFP)	152
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO NATALIDADE (AN).....	154
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	156
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-MA	164
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA - RT-IPTA.....	167
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC	171
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF	173
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF).....	175

BEM-VINDO(A) AO SEGURO BERKLEY

Prezado(a) Segurado(a),

Seja bem-vindo(a) à Berkley International do Brasil Seguros S.A. Este seguro foi cuidadosamente estruturado para oferecer proteção adequada, com base na proposta de seguro previamente enviada, dentro das coberturas contratadas e condições contratuais previstas em sua Apólice.

É FUNDAMENTAL LER ATENTAMENTE AS INFORMAÇÕES ABAIXO. RECOMENDAMOS, AINDA, QUE VOCÊ LEIA AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DE ACORDO COM A SUA MODALIDADE E COBERTURAS CONTRATADAS, ESPECIALMENTE NO QUE SE REFERE A RISCOS EXCLUÍDOS, PERDA DE DIREITOS E EXTINÇÃO DAS GARANTIAS DO SEGURO.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Estas Condições aplicam-se a todas as coberturas contratadas pelo segurado, descritas na Proposta de Contratação e Apólice do Seguro.

Os contratos serão realizados conforme o interesse legítimo, por modalidade, não ocorrendo a sobreposição de modalidades e coberturas de seguros.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S.A. a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

Os interesses e riscos garantidos, assim como os valores segurados, os limites de garantia e indenização, são aqueles expressamente previstos nos documentos contratuais.

As análises do risco e prêmio levaram em consideração os fatos, elementos e documentos apresentados pelo Proponente que declarou, por meio próprio, do seu corretor de seguros ou representante legal, não ter omitido qualquer fato que pudesse ou possa interferir na aceitação do risco e

Versão: 12/2025

www.berkley.com.br



definição do prêmio, sob pena de ter o seguro cancelado ou na ocorrência de um sinistro, o mesmo negado.

O Proponente declarou que celebrado o contrato de seguro, expressamente concordou que toda e qualquer alteração ou modificação do objeto segurado e/ou do risco subscrito e aceito por esta Seguradora — tais como, mas não limitado aos dados, **informações** constantes da proposta de contratação — deverá ser comunicada à Seguradora imediatamente. A Berkley poderá, dentro dos prazos e regras contidos nas Condições Contratuais, aceitar a **(s) alteração (s)**, com ou sem cobrança de prêmio adicional **e não sendo possível permanecer no risco, comunicar o Segurado dentro dos prazos constantes nas Condições Contratuais**

Pelos princípios da transparência, mútuo e boa-fé entre as Partes Contratantes, Tomador, Segurado e/ou Corretor aqui nomeado estão cientes que a omissão do dever de informar acarretará o cancelamento da apólice e, na hipótese da ocorrência de um sinistro, perda do direito à indenização.

Sob pena de perder a garantia, o Segurado não deve agravar intencionalmente o risco.

O Segurado declara, por meio próprio ou do seu corretor de seguros ou representante legal, ter pleno conhecimento sobre os termos dispostos nas condições contratuais, incluindo, mas não limitando, todos os direitos, coberturas, exclusões ou cláusulas restritivas de direito. E quando solicitado, por meio dos canais indicados, receberam todas as informações e esclarecimentos de suas dúvidas, com o que expressamente concordam e anuem.

Ao contratar o Seguro, o(a) Segurado(a) declara que:

Acessaram previamente os Termos e Condições Contratuais disponíveis em www.berkley.com.br;

- Estão cientes, sem dúvidas e manifestadamente de acordo com todos os Termos e Condições Contratuais anexos e disponibilizados pelo endereço eletrônico www.berkley.com.br, incluindo, mas não limitando, todos os direitos, condições de cobertura, obrigações, limites ou exclusões constantes nas condições contratuais.



CONSULTAS

O Segurado poderá consultar:

Consulte o Plano de Seguro (**nº do Processo Susep**): 15.414.900447/2014-08

<https://www2.susep.gov.br/safe/menumercado/REP2/Produto.aspx/Consultar>

FALE COM A BERKLEY | Canais de Atendimento

SAC

📞 0800 777 3123

✉️ comercial@berkley.com.br

OUVIDORIA BERKLEY

📞 0800 797 3444

✉️ ouvidoria@berkley.com.br

🌐 www.consumidor.gov.br

PLANTÃO 24H | SINISTROS

📞 0800 770 0797

✉️ sinistros@berkley.com.br

LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

✉️ privacidade@berkley.com.br

Canal oficial de reclamações: www.consumidor.gov.br

I – INTRODUÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

Apresentamos a seguir as Condições Gerais, Especiais e Particulares do seu Seguro de Pessoas, modalidade: CAPITAL GLOBAL que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras.

Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições.

Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições serão aplicadas as leis que regulamentam os Seguros no Brasil.

O Segurado, por meio próprio ou por seu corretor de seguros ou representante legal, ao assinar a proposta de seguro, declara o conhecimento e o acesso a presente condições, pelos canais disponíveis pela seguradora e constante na proposta de seguro.

2. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

Este contrato de Seguro está subdividido em partes, assim denominadas: Condições Gerais e Condições Especiais, Condições Particulares.

Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades desta apólice de Seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos do Segurado e da Seguradora.

Denominamos Condições Especiais o conjunto de cláusulas relativas às garantias deste plano de Seguro, onde são descritos quais são os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada garantia.

Denominamos Condições Particulares Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

As condições particulares do seguro prevalecem sobre as condições especiais, e estas, sobre as condições gerais.

3. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO)

Para facilitar a compreensão do vocabulário empregado nestas Condições Gerais e Especiais, apresentamos a seguir, em ordem alfabética, as definições resumidas dos principais termos técnicos, os quais passam a fazer parte integrante e inseparável das condições contratuais, e estes termos prevalecem sobre qualquer discordância que houver:

ACEITAÇÃO: Ato de aprovação, pela Seguradora, de proposta a ela submetida para a contratação de seguro;

ACIDENTE: acontecimento que deriva de causa súbita, imprevista e ocasional, que provoca danos físicos às coisas seguradas de modo a exigir que sejam reparadas, reconstruídas ou repostas. Ver "Evento";

ACIDENTE DE CAUSA EXTERNA: Aquele em que o fato gerador do sinistro é externo ao bem atingido;

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 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 se inclui nesse conceito o suicídio, ou sua tentativa, que será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal;

AGRAVAMENTO DE RISCO: é uma modificação, posterior à contratação do seguro, de circunstâncias inicialmente declaradas, que resulta no aumento da probabilidade de ocorrência e/ou da severidade de um Sinistro e deve se imediatamente comunicada à Seguradora pelo Segurado, ou seu representante Legal ou seu Corretor de Seguros;

AGRAVAMENTO INTENCIONAL DE RISCO: é uma circunstância que resulta no aumento da probabilidade de ocorrência e/ou da severidade de um Sinistro, conhecida pelo Segurado, seu representante legal, seu corretor de seguros e/ou seu preposto, que por omissão, negligência ou imperícia deixa de ser comunicada à Seguradora, seja no momento da contratação ou durante a vigência do contrato de seguro;

AGRAVAMENTO RELEVANTE DE RISCO: é o **agravamento** que resulta em aumento significativo e continuado da probabilidade de ocorrência e/ou da severidade do risco assumido pela Seguradora, conforme pactuado no contrato de seguro. Nessa ocasião, o Segurado, ou seu representante Legal ou Corretor de Seguros deve comunicar a

Seguradora que poderá deliberar pela continuidade do contrato, com eventual cobrança de prêmio adicional, nos casos em que o risco alterado ainda for passível de aceitação. Caso as alterações tornem o risco inaceitável, o contrato poderá ser rescindido no prazo previsto em lei. A não comunicação pelo Segurado, seu representante Legal ou Corretor de Seguros comunicação acarretará o cancelamento do seguro e havendo sinistro, negativa ao pagamento da indenização;

AMBIENTE HOSPITALAR: Considera-se ambiente hospitalar; hospitais, ambulatórios, consultórios e clínicas;

ÂMBITO GEOGRÁFICO: Local para a abrangência da cobertura da apólice;

APÓLICE: Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva);

APÓLICE DE AVERBAÇÃO OU ABERTA: aquela em que o segurado comunica à sociedade seguradora as movimentações relativas a seu negócio, vinculadas às coberturas contratadas e ocorridas ao longo de sua vigência, em datas incertas, imprevisíveis ou previamente acordadas, com importâncias seguradas variáveis limitadas ao valor do limite máximo de garantia contratado;

APROPRIAÇÃO INDÉBITA: Apropriar-se de coisa alheia móvel, de que tem a posse ou a detenção, sem o consentimento do proprietário;

ATO DOLOSO: É o ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem;

ATO ILÍCITO: É toda ação ou omissão voluntária, ou decorrente de negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem;

AVISO DE SINISTRO: Documento por meio do qual o segurado deve comunicar a ocorrência de sinistro à seguradora, de imediato, conforme previsto nas Condições Contratuais, a fim de que esta possa tomar as providências necessárias, em seu próprio interesse e no interesse do segurado;

BENEFICIÁRIO: Pessoa física ou jurídica a quem o Segurado reconhece o direito de receber a indenização, ou parte dela, devida pelo seguro. Os beneficiários podem ser certos (determinados) quando constituídos nominalmente na apólice, ou incertos (indeterminados) quando desconhecidos no momento da contratação do seguro;

BOA – FÉ: No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que têm o Segurado e a Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem de acordo com a lei;

CANCELAMENTO DA APÓLICE: Dissolução antecipada do contrato de seguro, em sua totalidade, por determinação legal, por acordo, por inadimplemento do Segurado, ou parcialmente, em relação a uma determinada cobertura, por acordo ou exaurimento do limite máximo de indenização. O cancelamento do seguro, total ou parcial, por acordo entre as partes, denomina-se RESCISÃO;

CAPITAL GLOBAL - Capital Segurado estabelecido para a totalidade dos componentes do grupo segurado, por cobertura;

CAPITAL SEGURADO: é a importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga pela Seguradora em caso de ocorrência de evento coberto por este seguro. O valor do capital segurado será pactuado na proposta de contratação e adesão do seguro, preenchida e assinada pelo estipulante e segurado;

CAPITAL INDIVIDUAL – O Capital Individual é o valor obtido pela divisão do Capital Global pelo último número de na apólice na data do sinistro;

CARREGAMENTO: É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

CARÊNCIA: Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento de Limite Máximo de Garantia, do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção das importâncias contratados;

CLÁUSULA PARTICULAR: Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura;

CLIENTE: o proponente, o segurado, o garantido, o tomador, o beneficiário, o assistido, o titular ou subscritor de título de capitalização ou o participante de plano de previdência complementar aberta;

COBERTURA: Compromisso da seguradora no pagamento de até a importância contratada, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura;

COMISSÃO: É a percentagem sobre os prêmios recebidos com que as Seguradoras remuneram o trabalho de intermediários de seguro;

CONDICÃO PREEXISTENTE: É a condição de conhecimento do segurado, seja pela existência de eventos antecedentes e não declarados na proposta de contratação ou adesão;

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice, condições particulares, especificações e endossos e, quando for o caso de plano coletivo, além dos relacionados, considera-se o contrato empresarial, da proposta de adesão e do certificado individual, se couber;

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

CONDIÇÕES PARTICULARES: Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura;

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;

CONTRATO DE RESSEGURO: é o documento físico ou eletrônico que representa uma operação de transferência de riscos de uma Seguradora Cedente para um ressegurador;

CORRETOR DE SEGUROS: Pessoa física ou jurídica habilitada pela SUSEP a angariar e promover contratos de seguros. Cabe ao Corretor intermediar o seguro pretendido, bem como orientar e esclarecer o Segurado sobre os direitos, obrigações, limites e penalidades previstas neste contrato, respondendo legalmente;

COSSEGURÓ: As operações de cosseguro serão livremente pactuadas por duas ou mais sociedades seguradoras, garantindo o mesmo interesse contra o mesmo risco, ao mesmo tempo, cada uma delas assumindo uma cota de garantia, não existindo responsabilidade solidária entre as sociedades seguradoras;

COTAÇÃO: Processo pelo qual são solicitadas e analisadas propostas de preços, condições e coberturas de seguros junto a diferentes seguradoras, podendo ser denominada como Orçamento, com o



objetivo obter uma prévia e poder comparar e escolher a melhor opção disponível para contratação. A cotação envolve o levantamento de informações sobre o bem ou interesse a ser segurado, avaliação dos riscos e definição dos valores dos prêmios, franquias e demais condições contratuais. **A cotação não configura concessão de cobertura pela Seguradora;**

CULPA GRAVE: Termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo;

DANO CORPORAL: Toda lesão exclusivamente física causada ao corpo da pessoa, inclusive morte ou invalidez permanente;

DANO MORAL: é toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico, ficando a cargo do Juiz no processo o reconhecimento da existência de tal dano bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, devendo ser sempre caracterizado como uma punição que se direciona especificamente contra o efetivo causador dos danos;

DATA DE EXIGIBILIDADE: data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas na apólice;

DCTFWeb: Declaração de Débitos e Créditos Tributários Federais Previdenciários e de Outras Entidades e Fundos, documento que substituiu a antiga DCTFWEB (Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e de Informações à Previdência Social (INSS);

DECLARAÇÃO MÉDICA: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido pelo segurado ou pelos beneficiários emite sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos;

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE: documento formal e legal, em que o proponente ou segurado, presta informações sobre as suas condições de saúde, assinando e responsabilizando-se pela

veracidade e detalhamento das informações prestadas na data da assinatura da proposta de adesão;

DESAPARECIMENTO INEXPLICÁVEL: Desaparecimento de coisa ou bem de forma que não se pode explicar. Este Seguro não garante este tipo de Evento, não há cobertura, se trata de risco excluído deste produto;

DESPESAS DE CONTENÇÃO DE SINISTRO: São aquelas despendidas pelo segurado com medidas imediatas e/ou ações emergenciais com a finalidade de evitar o evento iminente e que seria passível de cobertura pelo presente contrato de seguro, a partir de um incidente ou perturbação do risco, sem as quais os eventos cobertos e descritos na presente apólice seriam inevitáveis ou ocorreriam de fato, e seguindo as condições cobertas e excluídas de acordo com a modalidade do seguro (ESTE SEGURO NÃO CONTEMPLE ESTA CONDIÇÃO);

DESPESAS DE SALVAMENTO: São aquelas despendidas pelo Segurado com medidas imediatas e/ou ações emergenciais, durante e/ou após a ocorrência de um sinistro, visando minorar as consequências, como, por exemplo, evitando sua propagação, salvando e protegendo os interesses descritos no seguro, desde que dentro das especificidades da modalidade do seguro (ESTE SEGURO NÃO CONTEMPLE ESTA CONDIÇÃO);

DOCUMENTOS CONTRATUAIS: todos os instrumentos legais que formalizam o contrato entre seguradora e segurado, estabelecendo direitos, obrigações, garantias e condições do seguro. Entre esses documentos estão a proposta, a apólice, condições gerais, especiais, particulares, especificação da apólice, o endosso, averbações, detalhando as características, coberturas, exclusões e limites do contrato conforme regulamento vigente;

DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e que poderá ser identificada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios



DOLO: Ato consciente por meio do qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio;

DOWNLOAD: Ato de transferir (baixar) um ou mais arquivos de um servidor remoto para um computador local. É um procedimento muito comum e necessário quando o objetivo é obter dados disponibilizados na internet. Os arquivos para download podem ser textos, imagens, vídeos, programas entre outros

EDITAL: ato indicado no Objeto, por intermédio do qual o Segurado faz público seu propósito de licitar um objeto determinado, estabelece os requisitos exigidos dos proponentes e das propostas, regula os termos segundo os quais os avaliará e fixa as cláusulas do eventual contrato a ser firmado, contemplando o instrumento de sua publicação, seus anexos, manuais, resumos, projetos e demais informações disponibilizadas pelo Segurado para elaboração de propostas pelos licitantes;

EMOLUMENTOS: É o conjunto de despesas adicionais que o segurador cobra ao segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro, tal como o custo de apólice;

ENDOSSO: Documento, emitido pela seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas;

ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE: Documento que faz parte integrante da apólice, no qual estão particularizadas as características do seguro contratado;

ESTIPULANTE: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor. O estipulante de seguro coletivo representa os segurados e os beneficiários durante a formação e a execução do contrato e responde perante eles e a seguradora por seus atos e omissões;

EVENTO: É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento, decorrente de uma mesma causa, passível de ser garantido por uma apólice de seguro;

EVENTO COBERTO: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevisível, previsto nas coberturas desta apólice e ocorrido na vigência do seguro;

EVENTO DE CAUSA EXTERNA: É todo e qualquer dano material causado ao bem segurado que não tenha se originado deste mesmo bem, mas sim de algum agente externo a ele. É o mesmo que “Danos de Causa Externa”;

FORÇA MAIOR: Acontecimento inevitável e irresistível, ou seja, evento que poderia ser previsto, porém, não controlado ou evitado;

FORO: Refere-se à localização do Órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato;

FRANQUIA: Entende-se por franquia o valor ou diárias expressamente definido no contrato de seguro, para cada cobertura que for prevista a sua existência, representando a participação do Segurado nos prejuízos consequentes de cada sinistro. Deste modo, a responsabilidade da Seguradora começa apenas e tão somente depois de alcançado o seu limite;

FRAUDE: Obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato;

GRUPO SEGURADO: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;

GRUPO SEGURÁVEL: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;

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;

INDENIZAÇÃO: valor a que a Seguradora está contratualmente obrigada a pagar a quem possuir interesse legítimo, em caso de sinistros amparados pela apólice;

ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES: É o índice econômico adotado pela Seguradora para atualização dos valores;

INÍCIO DE VIGÊNCIA: Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora;

INTERESSE LEGÍTIMO: Entende-se por interesse legítimo aquele que o segurado ou beneficiário possui sobre o bem, pessoa ou direito objeto do seguro, sendo condição essencial para a validade do contrato de seguro. Ou seja, para que haja cobertura, é necessário que o segurado demonstre um vínculo jurídico ou econômico, direto ou indireto, reconhecido pela legislação, que possa ser afetado pelo evento segurado. O interesse legítimo não se limita à propriedade, podendo abranger, por exemplo, posse, usufruto ou outro direito real ou pessoal, desde que haja possibilidade de prejuízo em decorrência do sinistro. A ausência de interesse legítimo pode ensejar a nulidade do contrato de seguro;

INTERMEDIÁRIO: o responsável pela angariação, promoção, intermediação ou distribuição de produtos de seguros, de capitalização e/ou de previdência complementar aberta, tais como o Intermediário, o representante de seguros, o correspondente de microseguros, o distribuidor de título de capitalização, entre outros executores das atividades enumeradas nesta definição;

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas;

I.O.F.: Imposto sobre operações financeiras;

LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS: É o processo para pagamento de indenizações ao Segurado, com base no Relatório de Regulação de sinistros;

MÁ-FÉ: Agir, propositadamente, de modo contrário à lei, aos costumes ou ao direito;

MÉDICO ASSISTENTE: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa; ou, que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações etc.) para quem interessar, sob autorização do paciente. Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da Seguradora;

MEIOS REMOTOS: aqueles que permitem a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras;

NATIMORTO: criança que ao nascer já se encontra morta;

MODALIDADE: Conjunto de cláusulas que estabelecem as disposições específicas do Seguro Garantia de acordo com as características, dispositivos e legislação da obrigação garantida;

OBJETIVO DO SEGURO: É a designação genérica de qualquer interesse segurado, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos ou garantias;

OMISSÃO: No seguro, é a ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o segurador a recusar o contrato, ou a aceitá-lo com agravações tarifárias e/ou outras condições;

ORÇAMENTAÇÃO: Mesma definição de cotação;

PERÍODO INTERMITENTE DE COBERTURA: período de cobertura fixado de forma descontinuada, a partir de critérios determinados nas condições contratuais, que estabelecem sua interrupção e reinício, bem como inclusão ou exclusão de cobertura dos riscos;

PERÍODO DE VIGÊNCIA: É o período de validade devidamente discriminado na apólice;

PRÊMIO: Importância devida pelo tomador à seguradora, em função da cobertura do seguro, e que deverá constar da apólice ou endosso;

PRÊMIO COMERCIAL: É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver;

PRÊMIO DEPÓSITO: é um valor de estipulação facultativa, previamente acordado entre as partes, devido pelo segurado à seguradora por ocasião da emissão de uma apólice de averbação, correspondente a uma estimativa do prêmio total, calculado com base em uma previsão das movimentações dos negócios do segurado vinculadas à apólice de averbação, durante todo o período de sua vigência;

PRÊMIO INICIAL: é um valor de estipulação facultativa, previamente acordado entre as partes, devido pelo segurado à seguradora por ocasião da emissão de uma apólice de averbação, e que não corresponde a uma estimativa do prêmio total associado às movimentações dos negócios do segurado durante a vigência da apólice;

PRÊMIO MÍNIMO: a parcela do prêmio não reembolsável e devido à Seguradora a título de remuneração mínima, a partir do momento da emissão do seguro, em razão do consumo de capacidade e seu custo de oportunidade, bem como pela própria garantia securitária prestada



desde o momento da emissão da Apólice, não gerando efeito para incremento sobre os valores de capitais de segurados contratados;

PRÊMIO PERIÓDICO: valor a ser pago para a garantia do risco, com qualquer periodicidade compatível com as suas características e com a vigência da cobertura, conforme opção especificada na proposta ou no bilhete;

PRÊMIO PURO: É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver;

PRÊMIO ÚNICO: valor a ser pago para a garantia do risco calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado;

PREScriÇÃO: Perda do direito de propor uma ação depois de ultrapassado o prazo que a lei determina para reclamação de um interesse;

PROponente: O interessado em contratar as coberturas, ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva;

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: Documento legal pelo qual o estipulante ou o proponente solicita a sua inclusão no Seguro, manifestando pleno conhecimento e concordância das condições contratuais. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão a seguradora avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do seguro;

"PRO RATA TEMPORIS": Referência a um tipo de cálculo cujos resultados são proporcionais ao tempo decorrido. Nos contratos de seguro, diz-se do prêmio quando é calculado proporcionalmente aos dias já decorridos do contrato;

REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES: aquele por meio do qual repartem-se ou dividem-se entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados neste mesmo período.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: É o exame, na ocorrência de um sinistro, das causas e circunstâncias para caracterização do risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais;

REINTEGRAÇÃO: Recomposição do valor reduzido do Capital Segurado, relativo a uma ou mais das coberturas contratadas e Limite Máximo de

Garantia da apólice, na mesma proporção em que foi reduzido em razão de indenização paga;

RELATÓRIO FINAL DE REGULAÇÃO: Documento emitido pela seguradora no qual se transmite o posicionamento acerca da caracterização ou não do sinistro reclamado, bem como os possíveis valores a serem indenizados;

RENOVAÇÃO: Ao término da vigência de um contrato de seguro, normalmente é oferecida ao Segurado a possibilidade de dar continuidade ao contrato. O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive tal continuidade, é denominado renovação do contrato;

REPRESENTANTE DE SEGUROS: Pessoa jurídica que assumir a obrigação de promover, ofertar ou distribuir produtos de seguros, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, à conta e em nome de sociedade seguradora, sem prejuízo de realização de outras atividades. O representante de seguros é um agente autorizado da sociedade seguradora, não possui poderes de representação dos segurados e é considerado intermediário dos produtos da sociedade seguradora;

RESCISÃO: É o rompimento do contrato do seguro ou do resseguro antes do seu término de vigência;

RESSARCIMENTO: É o valor pago pela seguradora ao segurado ou beneficiário do seguro, destinado a reparar prejuízos decorrentes de eventos cobertos pelo contrato, respeitados os limites e condições estabelecidos na apólice. O ressarcimento ocorre quando há a comprovação do dano e do direito à indenização, conforme previsto nas normas vigentes;

RESSEGURO: é a operação de transferência de riscos de uma Seguradora Cedente, com vistas a sua própria proteção, para um ou mais resseguradores, através de contratos automáticos ou facultativos;

RESSEGUADOR: é a pessoa jurídica autorizada a operar no mercado brasileiro de resseguros, responsável por assumir parte dos riscos transferidos pelas seguradoras, em contratos automáticos ou facultativos, e sua atuação é fundamental para fortalecer a capacidade de cobertura e segurança das operações de seguro;



RISCO: Fato ou acontecimento possível, futuro, incerto e independente da vontade das partes contratantes de um seguro, cuja indenização é garantida pela Seguradora;

RISCOS EXCLUÍDOS: São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

SEGURADO: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;

SEGURADORA: ou Ente Supervisionado, sendo a BERKLEY INTERNATIONAL do BRASIL SEGUROS S.A., Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais;

SEGURADORA LÍDER: é a sociedade seguradora que administra a operação de cosseguro perante o segurado;

SEGURO: Operação que toma forma jurídica de um contrato, em que uma das partes (Seguradora) se obriga para com a outra, mediante o recebimento de uma importância (prêmio), a indenizá-la de um prejuízo (sinistro), resultante de um evento futuro, possível e incerto (risco) indicado nas condições contratuais ratificadas na apólice;

SINISTRO: é concretização de um risco coberto; caso não esteja amparado pelo contrato de seguro, é denominado risco ou evento não coberto. Inadimplência do tomador em relação à obrigação garantida;

SUB-ROGAÇÃO: Transferência para a Seguradora, dos direitos e ações do segurado ou do beneficiário do seguro contra o causador das perdas e danos, até o limite do valor por ela indenizado;

SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS: É a autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil;

TERCEIROS: Qualquer pessoa física ou jurídica que não seja:

- a) o próprio segurado;
- b) o causador do sinistro;
- c) funcionários, aprendizes ou contratados do Segurado, enquanto a seu serviço; ou
- d) sócios, controladores, diretores ou administradores da empresa segurada.



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;

VÍNCULO: É a relação de mesma natureza, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinado grupo de pessoas.

3.1. DAS TERMINOLOGIAS CONSTANTES DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS

Agravio Mórbido: evolução com piora de uma doença.

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

Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas neuro-músculo-esqueléticas destinadas ao deslocamento do corpo humano. Fornece a capacidade de mover-se pela marcha, deslocando-se de um lugar para outro por meio de diversos órgãos (músculo, articulações, ossos e nervos) comandados e coordenados pelo sistema nervoso.

Atividade Laborativa: qualquer atividade ou trabalho por meio do qual o segurado obtenha renda.

Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina. É o conjunto das atividades de diagnóstico, tratamento, encaminhamento de um paciente e prevenção de agravos ao mesmo, além de atividades como perícia e direção de equipes médicas.

Auxílio: ajuda por meio de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

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

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

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



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

Dados Antropométricos: conjunto de informações relativas às medidas do corpo humano e seus componentes internos e externos, através de técnicas utilizadas (medidas diretas e indiretas) para dimensionar o corpo humano ou suas partes.

Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

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

Disfunção imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes considerados estranhos pelo organismo, externos ou internos, causadores de doença ou distúrbios graves.

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

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se evolui em curso de piora, com ou sem tratamento.

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar de tratamento (doença crônica agudizada ou agudização de doença cronificada).

Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade (sem horizonte terapêutico), sendo o segurado considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. Aquela para a qual o único tratamento institucionalizado é o paliativo para aliviar dores e desconfortos.

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade, necessitando de laudos de exame anatomo-patológico para sua classificação definitiva.

Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar inerente a alguma atividade profissional. Também chamada de Doença Ocupacional.

Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença ou mecanismo de estabelecimento de um quadro patológico.

Fatores de Risco e Morbidade: fatores que favorecem ou facilitam o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interagem podendo, inclusive, levar a óbito.

Hígido: saudável.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença. Expectativa de recuperação ou de sobrevida de um paciente, em função do diagnóstico e evolução da doença.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente e relatadas por um médico.

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

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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Este glossário foi elaborado com base na Lei de Seguros e nas definições das normas atuais do setor.

Você também pode consultar estes e outros termos do mercado de seguros diretamente no site da SUSEP, no Glossário da Superintendência de Seguros Privados.

([Glossário — SUSEP - Superintendência de Seguros Privados](#))

II - CONDIÇÕES GERAIS

Cláusula 1ª. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O objetivo deste seguro é garantir o interesse legítimo do segurado, constante na especificação da apólice e condições contratuais, com o pagamento da indenização ao próprio Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos pelo seguro, somente durante a vigência da Apólice, em consequência de riscos cobertos, enquanto permanecerem inalterados os dados constantes dos documentos juntados, que serviram de base à emissão da Proposta de Contratação e da respectiva Apólice de seguro, da qual todos documentos citados passam a fazer parte integrante dos documentos contratuais.

1.2. A eficácia do contrato de seguro depende da existência de interesse legítimo;

1.2.1. A superveniência de interesse legítimo torna eficaz o contrato desde então, ou seja, se durante a vigência do contrato de seguro surgir um interesse legítimo por parte do segurado (ou seja, se ele passar a ter um motivo válido para estar protegido pelo seguro, mesmo que esse motivo não existisse no momento da contratação), o contrato de seguro passa a ser válido e eficaz a partir desse momento em que o interesse legítimo concretiza.

1.3. Se for impossível a existência do interesse, o contrato será nulo.

1.4. No seguro de pessoas de terceiro, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de nulidade do contrato, seu interesse sobre a vida e a incolumidade do segurado.

Cláusula 2ª. DOCUMENTOS CONTRATUAIS E COMPLEMENTARES

2.1. São documentos contratuais deste seguro a proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou seu corretor de seguros, apólice, os seus endossos, aditivos, condições contratuais, e, os documentos complementares, da proposta de seguro, da ficha de informações quando do pedido de cotação e declarações de saúde e atividades, proposta de contratação e outros documentos juntados, que serviram de base todos os demais documentos a ela anexados que deram origem à contratação do seguro.

2.2. Qualquer alteração no conteúdo dos documentos referidos nesta cláusula só será válida se for e se houver concordância prévia sobre ela



entre as partes.

2.3. Os documentos e demais instrumentos mencionados no subitem 2 da presente cláusula, não alteram o âmbito de cobertura deste contrato de seguro, especificado na cláusula – “Objetivo do Seguro” destas condições gerais.

2.4. Não é válida, em nenhuma hipótese, a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de fato ou circunstância que não conste dos documentos fornecidos, nem daqueles que não tenham sido comunicados posteriormente, na forma estabelecida nestas condições gerais.

Cláusula 3^a. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

3.1. Considera-se como âmbito geográfico das coberturas todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário, que deverá constar das condições contratuais.

Cláusula 4^a. RISCOS COBERTOS

4.1. Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nas cláusulas das coberturas devidamente ratificadas na Apólice, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

4.2. COBERTURAS

4.2.1 Para fins deste seguro, consideram-se as coberturas passíveis de contratação para este seguro, respeitadas as conjugações oferecidas pela BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S.A. e os riscos excluídos das Condições Contratuais aplicáveis às coberturas efetivamente contratadas, de acordo com proposta assinada e aceita, e, expressamente ratificadas na apólice, especificação, e nos respectivos endossos de seguro, e para as quais o Segurado e/ou Estipulante tenham pago o respectivo prêmio, respeitados todos os termos, que fazem parte integrante e inseparável do contrato de seguro:

- ✓ Morte Natural ou Acidental (M);
- ✓ Morte Acidental (MA);
- ✓ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- ✓ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- ✓ Adaptação de Veículo e/ou Residência em Decorrência de

- ✓ Acidente- (AVRIPA)
- ✓ Invalidez Permanente Funcional por Doença (IFPD);
- ✓ Invalidez Laboral Permanente por Doença (ILPD);
- ✓ Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHO-A);
- ✓ Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DIT-A);
- ✓ Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença (DIT-AD);
- ✓ Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIH-A);
- ✓ Diária por Internação Hospitalar de decorrente de Acidente e Doença (DIH-AD);
- ✓ Diagnóstico de Doenças Graves – (DG);
- ✓ Queimadura Grave (QG);
- ✓ Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental – (AXF-M);
- ✓ Auxílio Funeral – Morte Acidental – (AXF-MA);
- ✓ Auxílio Cesta-Básica – Morte Natural ou Acidental – (AXCB-M);
- ✓ Auxílio Cesta-Básica – Morte Acidental – (AXCB-MA);
- ✓ Auxílio Emergencial – Morte Natural ou Acidental – (AXE-M);
- ✓ Auxílio Emergencial – Morte Acidental – (AXE-MA);
- ✓ Filhos Póstumos – (FP);
- ✓ Auxílio Natalidade – (AN)
- ✓ Assistência Funeral:
 - Individual;
 - Familiar;
 - Familiar Ampliado.
- ✓ Rescisão Trabalhista – Morte Natural ou Acidental – (RT-M);
- ✓ Rescisão Trabalhista – Morte Acidental – (RT-MA);
- ✓ Rescisão Trabalhista – Invalidez Permanente Total por Acidente – (RT-IPTA).

4.2.1. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

- a. Inclusão de Cônjugue (IC);
- b. Inclusão de Filho (IF);
- c. Doença Congênita de Filhos

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

4.3.1. 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.

4.3.2. As coberturas contratadas estarão expressamente ratificadas nos documentos contratuais.

Cláusula 5^a. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. 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. atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores do Estipulante, seus dirigentes e/ou administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;**
- e. 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;**
- f. despesas decorrentes de doenças, inclusive pré-existentes;**
- g. tratamentos médicos, hospitalares, odontológicos, fisioterápicos, psicológicos ou psiquiátricos, bem como quaisquer procedimentos de reabilitação, exceto quando decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto e nos limites previstos nesta apólice;**
- h. 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/estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;**
- i. epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;**
- j. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções**

vulcânicas e outras convulsões da natureza;

- k. tratamentos e procedimentos relativos à obesidade mórbida inclusive gastoplastia redutora, doenças congênitas, esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente pessoal;**
- l. 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;**
- m. qualquer tipo de hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;**
- n. de parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto**
- o. perda de dentes e danos estéticos;**
- p. procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia.**
- q. ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.**

5.2. Os seguros de pessoas não abrangem a cobertura de despesas relacionadas a salvamento e contenção.

5.3. O contrato é nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco é impossível ou já se realizou.

5.4. A parte que tiver conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco e, não obstante, celebrar o contrato pagará à outra o dobro do valor do prêmio.

5.5. Sob pena de perder a garantia, o segurado não deve agravar o risco objeto do contrato de seguro.

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

5.7. EMBARGOS E SANÇÕES

5.7.1. 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/>

5.7.1.1. 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).

5.7.2. 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, 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 pela Lei do Seguro.

Cláusula 6ª. GRUPO SEGURÁVEL

6.1. Entende-se por grupo segurável:

- a. segurados titulares:** aquelas pessoas que mantêm **vínculo** devidamente e legalmente comprovado com o estipulante;
- b. segurados dependentes:** os cônjuges/companheiras(os), filhos e enteados considerados dependentes do segurado titular pela Legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.

6.2. É facultada à Seguradora a solicitação, a qualquer tempo, de apresentação de documentação que comprove as condições acima estabelecidas, bem como outros documentos que julgar necessários.

Cláusula 7ª. GRUPO SEGURADO

7.1. É o conjunto dos componentes do grupo segurável, desde que aceitos e incluídos na apólice cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas nas condições contratuais deste seguro.



Cláusula 8^a. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

8.1. O índice de adesão é a relação entre o número de segurados e o total de componentes do grupo segurável.

8.2. O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da apólice será fixado em cada caso por meio da proposta de contratação coletiva e das condições contratuais.

Cláusula 9^a. CAPITAL SEGURADO

9.1. O Capital Global escolhido pelo Estipulante estará especificado na Apólice e/ou Contrato, descrito de forma expressa na Apólice de Seguro. O Capital Segurado é o valor máximo, expresso em moeda corrente nacional, para a Cobertura contratada a ser pago pela seguradora em caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

9.2. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de segurados existentes na última comunicação formal à seguradora, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice.

9.3. Conforme estabelecido na legislação securitária vigente, na hipótese de o Estipulante não comunicar a seguradora as alterações nos números de segurados ativos, em caso de ocorrência de sinistro, **o capital segurado individual será apurado com base no número de segurados existente quando da última comunicação formal à seguradora** quanto à quantidade efetiva de componentes do grupo segurado ou, na sua falta, com base no número de segurados existente à época do início de vigência da apólice.

9.4. Caso o Estipulante queira restabelecer os valores de Capital Segurado conforme os valores inicialmente contratados, deverá solicitar a emissão de endosso de alteração por meio de solicitação formal à Seguradora.

9.5. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se **como data do evento**, as previstas nas condições especiais de cada cobertura contratada.

9.6. 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.

9.7. O Estipulante poderá solicitar aumento do Capital Segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, que analisará a aceitação

ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de prêmio, se aplicável, sendo que:

- a) O Capital Segurado será ampliado a partir da data de início de vigência do endosso;
- b) As indenizações para fato ou sinistros anteriores a data de início do endosso ficarão limitadas ao valor do Capital Segurado máximo de indenização vigente na época da data do evento, mesmo que as reclamações respectivas venham a ser apresentadas posteriormente;
- c) O pagamento de qualquer indenização determinará redução do limite do capital segurado de indenização de ambos os períodos de cobertura, de acordo com as condições de cada cobertura;
- d) Quando a redução acarretar o esgotamento do limite máximo de indenização contratado para a respectiva cobertura, a mesma ficará automaticamente cancelada, podendo, entretanto, ser objeto de reintegração mediante pagamento de prêmio adicional e desde que aceito pela Seguradora.

9.8. Os valores segurados e devidamente contratados por cada garantia contratada, podem estar sujeitos a cessão de importância, pela contratação de acordos de resseguro ou o contrato de seguro pode estar pulverizado entre outras seguradoras mediante acordo de cosseguro.

9.8.1. As operações de cosseguro são acordos estabelecidos de forma livre entre duas ou mais sociedades seguradoras. Para que essas operações sejam válidas, é indispensável que o segurado, seu representante legal ou intermediário, tome conhecimento e dê sua anuência expressa.

9.8.2. No cosseguro, o mesmo interesse é garantido contra o mesmo risco, simultaneamente, por mais de uma seguradora. Cada sociedade seguradora participante assume uma parte específica do risco, denominada cota de garantia, delimitando de maneira clara sua responsabilidade na operação.

9.8.3. No Cosseguro, não existe responsabilidade solidária entre as seguradoras envolvidas. Isso significa que cada uma respondeunicamente pela sua respectiva cota de garantia, conforme pactuado no contrato de cosseguro entre as seguradoras.

9.9. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão

atualizados pelo índice previsto e pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador conforme disposto na Cláusula 29^a das Obrigações Pecuniárias, Juros e Mora, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

9.10. Os capitais segurados devidos não implicam sub-rogação, quando pagos, e são impenhoráveis.

Cláusula 10^a. REDUÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. 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 para esta cobertura.

10.2. 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 11^a. FRANQUIA

11.1. No caso de sinistro coberto, e de acordo com as Condições Contratuais deste seguro, o Segurado participará, dos primeiros prejuízos indenizáveis relativos a cada sinistro, conforme os percentuais ou valores estabelecidos na ocasião da contratação do seguro e especificados para as respectivas coberturas expressas na apólice.

11.1.1. Poderá ser estabelecida em horas, dias ou em percentual do capital segurado, quando estipulada

11.2. Para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, esta será definida na Apólice e estará devidamente especificado nas Condições Especiais.

Cláusula 12^a. CARÊNCIA

12.1. É o período contínuo, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou cobertura contratada ou do aumento do capital segurado por solicitação do Estipulante/Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.

12.2. O período de carência, caso seja aplicável, estará devidamente especificado nas condições contratuais e nas Condições Especiais de cada

12.3. Em caso de período de carência estipulado para as Coberturas

previstas nestas Condições Gerais, este será definida na Apólice, 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.

12.4. 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.

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

12.5.1. **Esta modalidade de seguro não contempla a constituição de reserva matemática. Por esse motivo, não há devolução de valores ou montantes, como ocorre nas modalidades ou regimes de capitalização.**

Cláusula 13ª. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – ESTIPULANTE\SUB-ESTIPULANTE

13.1. **A contratação e aceitação do seguro só ocorrem após a negociação, a cotação e a apresentação formal da proposta de contratação assinada, garantindo assim o legítimo interesse das partes envolvidas.**

13.1.1. **Apenas a apresentação de cotação não configura concessão de cobertura. Apenas com a emissão da apólice as Partes estarão vinculadas as negociações, direitos e obrigações.**

13.1.2. **O simples pedido de cotação à seguradora não equivale à proposta, mas as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.**

13.2. A contratação do seguro coletivo poderá ser realizada mediante o preenchimento e a assinatura da **Proposta de Contratação** ao Seguro e documentos contratuais disponibilizados pela seguradora, por meios físico ou remoto, pelo Estipulante, proponente ou seus Representantes.

13.3. Sendo os meios remotos aceitos pelas partes como válido, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, sendo que serão encaminhados à BERKLEY International do Brasil Seguros S.A. para análise do risco proposto.



13.3.1. O corretor de seguro poderá representar o proponente na formação do contrato, na forma da lei.

13.3.2. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

13.4. O Estipulante e Subestipulante, ao assinarem a proposta de contratação, ratificam que a Seguradora disponibilizou todas as condições contratuais do plano de seguro que propõem no momento à Seguradora, para avaliação dos riscos.

13.5. Será permitido o uso de meios remotos para emissão, envio e disponibilização, conforme o caso, de documentos relativos à contratação do produto, tais como documentos contratuais, documentos de cobrança, extratos, condições contratuais, regulamentos, materiais informativos e comunicados.

13.5.1. O Proponente, Estipulante e\ou Sub-estipulante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora.

13.5.2. As partes e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao questionário, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

13.5.3. A análise do risco e prêmio do seguro levaram em consideração os fatos, elementos e documentos apresentados pelo propenso Estipulante e\ou Subestipulante que declara, por meio próprio, do seu corretor de seguros ou representante legal, não ter omitido qualquer fato que pudesse ou possa interferir na aceitação do risco e definição do prêmio, sob pena de ter o seguro cancelado ou na ocorrência de um sinistro, o mesmo negado.

13.6. Serão aceitos no grupo todos os componentes pertencentes ao grupo segurável que estejam em gozo de boa saúde, plena atividade profissional, conforme grupos.

13.7. Se o vínculo com o Estipulante for empregatício, serão consideráveis segurados:

- I. **Todos os funcionários constantes na DCTFWEB.**
- II. **Estagiários e prestadores de serviços** comprovadamente vinculados ao estipulante podem ser incluídos no seguro, desde que se encontrem nas condições de aceitação ora definido no contrato.

III. **Sócios e diretores da empresa**, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, desde que regularmente constantes do contrato social e/ou estatuto social da empresa, devidamente registrados na Junta Comercial.

13.7.1. A opção de inclusão de Estagiários, Prestadores de Serviços, Sócios e/ou Diretores deverá ser informada na proposta de contratação do seguro.

13.7.2. Se o vínculo com o Estipulante for não empregatício, serão considerados todos os segurados constantes de relação fornecida pelo Estipulante à Seguradora.

13.8. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do estipulante, ratificada pelo correspondente aditivo.

13.9. O Estipulante, Subestipulante, seu representante, terceiro, intermediário e/ou corretor de seguros declaram que celebrado o contrato de seguro, expressamente concordam que toda e qualquer modificação do objeto segurado ou vinculado ao objeto segurado e que possa interferir nas premissas originalmente adotadas no momento da aceitação do seguro contratado, deverá ser imediatamente comunicada a seguradora que poderá continuar no risco ou não sendo possível, cancelar o seguro dentro do prazo estabelecido pela legislação aplicável.

13.9.1. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

13.9.2. O Estipulante, Subestipulante, segurado, beneficiário e terceiro devem prestar todas as informações inerentes e necessárias para a análise e aceitação do risco. A omissão sobre os fatos conhecidos ou que o segurado devesse saber, mas não informados a seguradora acarretará o cancelamento do seguro e havendo um sinistro, perda de direitos. As partes estão cientes e concordam que após celebrado o contrato, devem manter a seguradora imediatamente informada sobre qualquer alteração ou modificação do risco originalmente subscrito. A seguradora poderá aceitar a continuidade da apólice ou não sendo possível, cancelar o seguro na forma prevista na legislação.

13.9.3. O descumprimento do dever de informar previsto na Cláusula 13.5 e seus subitens, importará em perda da garantia, sem prejuízo da



dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

- 13.10. A seguradora fornecerá, obrigatoriamente, ao proponente ou estipulante, protocolo que identifique a proposta de contratação por ela recepcionada, com a indicação da data e da hora de seu recebimento.
- 13.11. A seguradora terá o prazo de até 25 (vinte e cinco) dias para se manifestar sobre a aceitação ou não da proposta, contados da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
- 13.11.1. A solicitação de documentos complementares, esclarecimentos e/ou produção de exames periciais, durante o prazo previsto na Cláusula 13.11, **e o prazo terá novo início**, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial.
- 13.12. **Havendo a não aceitação do seguro proposto, a seguradora comunicará formalmente ao cliente, estipulante, ao Corretor de seguros, seu representante legal ou intermediário, por meio físico ou remoto, a decisão pela recusa da proposta de contratação, com a devida justificativa.**
- 13.13. Caso a aceitação da proposta de contratação dependa de contratação ou alteração de resseguro facultativo, o prazo aludido na Cláusula 13.11 será suspenso até que o ressegurador se manifeste formalmente, comunicando a seguradora, por escrito, ao proponente, tal eventualidade, ressaltando a consequente inexistência de cobertura enquanto perdurar a suspensão.
- 13.14. A seguradora manifestar-se-á expressamente sobre o resultado da análise. A aceitação será comunicada de forma expressa ao cliente, estipulante, ao seu representante legal ou intermediário, por meio de documento físico ou remoto.
- 13.15. A emissão e o envio da apólice e demais documentos contratuais dentro do prazo de que trata o item 13.11 substituirá a manifestação expressa de aceitação da proposta pela sociedade seguradora, a qual será entregue ou disponibilizada, via meio físico ou remoto, ao estipulante e/ou subestipulante.
- 13.16. Considera-se encampação a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora.
- 13.17. Considera-se migração a substituição de apólice coletiva por nova



apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

13.18. No caso de recepção de grupo de segurados, originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor.

13.18.1. É admitida a dispensa do recolhimento de anuênciam de três quartos do grupo segurado para migração de apólice coletiva em seguros não contributários estipulados por empregadores em favor de seus empregados desde que não haja modificação que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

13.19. Para todos os efeitos de direito existe a presunção de que seguradora somente tenha conhecimento das circunstâncias declaradas pelo proponente/estipulante na proposta de contratação, demais requisitos e declaração pessoal de saúde e atividades.

Cláusula 14^a. APÓLICE E VIGÊNCIA DO SEGURO

14.1. A Seguradora emitirá a **apólice coletiva de seguro em até 30 (trinta) dias após a data de aceitação da proposta de contratação**, respeitando o disposto na Cláusula 13^a e seus subitens destas condições. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download dos documentos pelo Segurado, Estipulante, Corretor e Representantes.

14.1.1. O Corretor de seguro é responsável pela efetiva entrega ao destinatário dos documentos e outros dados que lhe forem confiados, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis. O corretor de seguro poderá representar o proponente na formação do contrato, na forma da lei.

14.2. A apólice e endossos terão seu início de vigência às 24:00 (vinte e quatro) horas do dia inicial e término de vigência às 24:00 (vinte e quatro) horas do último dia conforme previsto no frontispício da apólice, ou com data distinta desde que previamente acordada, por escrito, entre as partes.

14.3. Este seguro não prevê cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta, não sendo admitida cobertura provisória ao proponente.

14.4. Se for verificado o recebimento indevido de prêmio, a Seguradora



deverá restituir o segurado ou ao Estipulante o valor do pagamento efetuado, atualizado a partir da data do crédito até o dia útil imediatamente anterior à data da devolução, pela variação positiva do IPCA/IBGE, na base “Pró-rata die” ou, caso este seja extinto, pela variação positiva do índice que vier a substituí-lo.

- 14.5. Fará prova do seguro a exibição da apólice e, na falta desta, a apresentação de documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio, mesmo quando parcial, observado o que dispõem na Cláusula 13^a destas condições gerais.
- 14.6. Qualquer alteração na apólice, inclusive da prorrogação do término de vigência, deverá ser feita por meio de emissão de endosso, devidamente accordado entre as partes.

Cláusula 15^a. AGRAVAMENTO DO RISCO

- 15.1. O segurado, estipulante, beneficiário e terceiro devem comunicar à seguradora qualquer agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento.
- 15.2. Há a obrigação contínua segurado, estipulante, beneficiário e terceiro prestarem todas as informações que saibam sobre o risco, bem como consequências da omissão.
- 15.3. O Segurado, estipulante, beneficiário e terceiro são obrigados a comunicar qualquer fato ou alteração cadastral tão logo o saiba.
- 15.4. É uma circunstância do risco conhecida pelo Segurado e/ou seu representante legal e/ou seu corretor de seguros e/ou seu preposto, que por omissão, negligência ou imperícia deixa de comunicar a Seguradora, seja no momento da contratação do seguro ou na vigência do contrato, aumentando a probabilidade e/ou severidade de ocorrência de Sinistro, que pode ou não derivar da vontade do Segurado, acarretando o cancelamento do seguro ou perda do direito a indenização na ocorrência de um sinistro.
- 15.5. Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio ou, resolver o contrato, a pedido do Segurado e/ou estipulante, hipótese em que este perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução do seguro, de comum acordo entre as partes.
- 15.6. A resolução deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o recebimento da notificação pelo segurado, e a seguradora deverá restituir a eventual diferença de prêmio, ressalvado, na mesma



proporção, seu direito ao ressarcimento das despesas incorridas com a contratação.

- 15.7. Por “meio idôneo” refere-se a qualquer instrumento ou forma de comunicação capaz de comprovar, de maneira segura e efetiva, envolve qualquer canal que permita a comprovação de que o segurado foi devidamente notificado. Isso inclui notificações escritas, eletrônicas (como e-mail ou sistemas digitais da seguradora), e documentos protocolados. O importante é que exista registro claro e auditável do envio e recebimento, atendendo aos requisitos de transparência e segurança exigidos pela regulamentação.
- 15.8. Sob pena de perder a garantia, o segurado e\ ou estipulante não devem agravar o risco objeto do contrato de seguro.
- 15.9. Se a seguradora, comunicada, anuir com a continuidade da garantia, cobrando ou não prêmio adicional, será afastada a consequência estabelecida no caput deste artigo.
- 15.10. Estado de insanidade mental, a embriaguez e o uso de substâncias tóxicas pelo segurado podem ser considerados como causas de agravamento de risco suscetível de levar à perda da cobertura, desde que a seguradora demonstre no caso concreto que tais situações tenham sido determinantes para a ocorrência do sinistro
- 15.11. O segurado que dolosamente descumprir o dever previsto no caput deste artigo perde a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.
- 15.12. O segurado que culposamente descumprir o dever previsto no caput deste artigo fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder à tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, não fará jus à garantia.
- 15.13. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.
- 15.14. Sobreindo o sinistro, a seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o agravamento do risco e o sinistro caracterizado.

Cláusula 16^a. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E DO SUBESTIPULANTE

16.1. O estipulante de seguro de pessoas coletivo é o único responsável perante a seguradora pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a de pagar o prêmio.

16.1.1. O estipulante de seguro coletivo representa os segurados e os beneficiários durante a formação e a execução do contrato e responde perante eles e a seguradora por seus atos e omissões.

16.1.2. O estipulante poderá substituir processualmente o segurado ou o beneficiário para exigir, em favor exclusivo destes, o cumprimento das obrigações derivadas do contrato.

16.1.3. Cabe ao estipulante, além de outras atribuições que decorram de lei ou de convenção, assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

16.2. O estipulante tem como obrigações durante a vigência da apólice:

- i.** fornecer para a seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente estabelecidas pela mesma, incluindo dados cadastrais;
- ii.** manter a seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como qualquer evento que possa no futuro acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- iii.** fornecer ao segurado, sempre que solicitado, qualquer informação relativa ao contrato de seguro;
- iv.** discriminar o valor do prêmio do seguro no boleto, quando a emissão for de responsabilidade do estipulante e o custeio for de responsabilidade do segurado, no caso de seguros contributários;
- v.** repassar os prêmios para a seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- vi.** repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;
- vii.** discriminar o nome da seguradora como responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;



- viii. comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- ix. dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- x. comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- xi. fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;
- xii. discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio estipulante;
- xiii. pagar os prêmios vencidos nos seguros não contributários; e
- xiv. não incluir no grupo segurado pessoas que não possuem condição de ingresso na apólice, sob pena de arcar com a responsabilidade deste ato.

16.3. **É expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante:**

- a) cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade Seguradora; e
- b) efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade Seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

16.4. **Sem prejuízo de outras obrigações previstas em regulamentação vigente, as sociedades Seguradoras estão obrigadas a:**

- a) informar aos segurados a situação de adimplência do estipulante ou subestipulante, sempre que lhe for solicitado;
- b) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade Seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse; e

c) prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

16.4.1. Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante/subestipulante ou à sociedade Seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro

16.5. A Seguradora informará ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante/Subestipulante sempre que lhe for solicitado.

Cláusula 17ª. CUSTEIO DO SEGURO

17.1. Para fins deste seguro e de acordo com a proposta de contratação, o custeio pode ser, **SOMENTE**:

a. não contributário: é o seguro em que os segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o estipulante. Neste tipo de seguro todos os componentes do grupo segurável serão incluídos na apólice, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem, por escrito, contra sua inclusão no seguro;

17.2. O estipulante sempre será o único responsável pelo recolhimento, e pela quitação dos prêmios devidos.

Cláusula 18ª. CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO

18.1. A taxa que calcula o prêmio de seguro será estabelecida por **taxa média** calculada quando da contratação do seguro, levando em consideração as informações e documentos apresentados para cálculo e subscrição, sendo estabelecidas as regras nas condições contratuais do seguro.

18.2. **O Recálculo da Taxa média será definido e realizado de acordo com as condições particulares e indicadas nos documentos contratuais.**

Cláusula 19ª. PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO

19.1. O prêmio mensal individual será o produto da taxa média estabelecida nas condições contratuais, pelo respectivo capital segurado individual.

19.1.1. O estipulante, representante, terceiro ou Segurado é obrigado a fornecer as informações, documentos e questionário necessários à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio.

19.1.2. O descumprimento doloso do dever de informar previsto no *caput* deste artigo importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

19.1.3. O descumprimento culposo do dever de informar previsto no *caput* deste artigo implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

19.1.4. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

19.1.5. O proponente, Estipulante, terceiro ou corretor devem prestar todas as informações a serem prestadas na formação do contrato de seguro, correndo risco das consequências do descumprimento do dever conforme previsto nas condições contratuais e legislação vigente.

19.1.6. Este seguro, por sua natureza ou por expressa disposição, é do tipo que exige informações contínuas e averbações de globalidade de riscos e interesses, a omissão do segurado ou estipulante, desde que comprovada, implicará a perda da garantia, sem prejuízo da dívida do prêmio.

19.1.6.1. A sanção de perda da garantia será aplicável ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.

19.2. A Berkley poderá, anualmente, no aniversário da apólice ou outra periodicidade, recalcular a taxa média e alterar o faturamento dos prêmios, conforme critérios de recálculo definidos nas condições contratuais.

19.3. O recálculo na taxa média final deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do estipulante.

Cláusula 20ª. PAGAMENTO DO PRÊMIO

20.1. Após a emissão da apólice de seguro coletivo, o estipulante deverá encaminhar mensalmente as movimentações (inclusão e exclusão de segurados) à seguradora por meio físico ou remoto, com os respectivos dados antes mencionados, inclusive as alterações de capitais para análise de aceitação.

20.2. O pagamento da primeira parcela do seguro, e demais documentos contratuais, caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo segurado das condições contratuais deste seguro.

20.3. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual **não haverá devolução ou resgate do prêmio do seguro.**

20.4. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, parcelado ou pagamentos mensais, bimestrais, trimestrais, quadrimestrais ou semestrais durante o período de vigência da Apólice.

20.5. **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.**

20.6. A mora relativa à prestação única ou à primeira parcela do prêmio resolve de pleno direito o contrato.

20.7. 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 29ª das presentes Condições Gerais.

20.8. **Em se mantendo a inadimplência por período superior a 90 (noventa) dias contados a partir da data do primeiro vencimento da primeira fatura em aberto, a apólice será cancelada.**

20.9. Não será considerando para fins de contagem de prazo, data de vencimento que sejam prorrogadas, sempre será considerada para contagem do prazo citado no subitem 20.7. a data do primeiro vencimento gerado para parcela em atraso.



20.10. 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 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%
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.

20.11. A Seguradora comunicará 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 ou estipulante, conforme o caso alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

20.12. 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.

20.13. 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.

20.14. O estipulante obriga-se a comunicar à Seguradora eventuais alterações cadastrais, de modo que está possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado.

20.15. Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado. Para as demais formas de pagamento acordadas entre estipulante e seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no contrato.

20.16. As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro.

Cláusula 21º. BENEFICIÁRIOS

21.1. É livre a indicação de beneficiários pelo segurado, mediante manifestação por escrito à BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S.A.

21.2. Salvo renúncia do segurado, é lícita a substituição do beneficiário do seguro de pessoas por ato entre vivos ou por declaração de última vontade.

21.2.1. A BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S.A não cientificada da substituição será exonerada pagando ao antigo beneficiário.

21.3. Na falta de indicação do beneficiário ou se não prevalecer a indicação feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado.

21.3.1. Considera-se ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro ou se ocorrer comoriência.

21.3.2. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

21.3.3. Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.



21.3.4. Se a seguradora, ciente do sinistro, não identificar beneficiário ou dependente do segurado para subsistência no prazo prescricional da respectiva pretensão, o capital segurado será tido por abandonado, e será aportado no Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil (Funcap).

21.3.5. Não prevalecerá a indicação de beneficiário nas hipóteses de revogação da doação, observados o disposto nos **arts. 555, 556 e 557 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002** (Código Civil).

21.3.6. O capital segurado devido em razão de morte não é considerado herança para nenhum efeito.

21.3.7. O beneficiário não terá direito ao recebimento do capital segurado quando o suicídio voluntário do segurado ocorrer antes de completados 2 (dois) anos de vigência do seguro de vida

21.3.8. Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no item 21.3.7.

Cláusula 22ª. RECLAMAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

22.1. O beneficiário, representante legal ou corretor de seguros se obriga a comunicar, à Seguradora, por escrito, a ocorrência de todo e qualquer sinistro, tão logo dele tome conhecimento de forma que assegure à Seguradora possibilidade de apuração da causa, natureza e extensão dos danos.

22.2. O descumprimento doloso dos deveres previstos neste artigo implica a perda do direito à indenização ou ao capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

22.3. A fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro leva à perda pelo infrator do direito à garantia, liberando a Seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização.

22.4. A Seguradora não se responsabiliza por efeitos manifestados durante a vigência deste contrato, caso sejam provenientes de sinistro ocorrido anteriormente.

22.5. A publicidade por outros meios sobre a ocorrência de um sinistro que não aquele comunicado pelo Segurado, não gera presunção de conhecimento por parte da Seguradora por todas a nuances e



particularidades que uma ocorrência ou pluralidade de segurados pode trazer.

22.6. A comunicação prevista no item 22.1 acima deverá ser encaminhada para os meios idôneos disponibilizados pela Seguradora.

22.7. Este seguro não prevê cobertura para pagamento de despesas de salvamento e contenção.

22.8. Ocorrendo um evento coberto, para a reclamação do sinistro, o Segurado, Representante legal, Corretor, estipulante ou o beneficiário deverá apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, 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:

22.9. 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);
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo com o Estipulante / Subestipulante seja empregatício;
- Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado. Para as demais formas de pagamento acordadas entre estipulante e seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no contrato.



I. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) 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 (dezesseis) 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.

22.9.1. Além dos documentos acima, deverão ser encaminhados os documentos constantes da Cláusula das Condições Especiais, no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO da respectiva cobertura contratada e relacionada ao evento.

22.9.2. Quando os documentos solicitados forem cópias, estes devem ser autenticados.

22.10. **Para todos os casos o Estipulante se obriga a entregar, juntamente com os documentos relacionados ao sinistro:**

a) Quando o vínculo entre Estipulante e Segurado for empregatício, a relação do pessoal segurado com a descrição dos dados pessoais do segurado sinistrado, período em que esteve sob seus serviços, tipo de serviço prestado e cópia da Declaração de Débitos e Créditos Tributários Federais Previdenciários e de Outras Entidades e Fundos (DCTFWeb) relativo aos serviços prestados pelos mesmos.

b) Quando o vínculo entre Estipulante e Segurado for associativo ou similar, a relação do pessoal segurado com a descrição dos dados pessoais do segurado sinistrado, período em que este foi associado, e documento que comprove o vínculo associativo, devidamente assinado pelo Segurado.

22.11. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

22.11.1. Cabe exclusivamente à seguradora a regulação e a liquidação do sinistro, podendo contratar regulador e liquidante de sinistro para desenvolverem a prestação dos serviços em seu lugar, sempre reservando para si a decisão sobre a cobertura do fato comunicado pelo interessado e o valor devido ao segurado.



22.11.2. A execução dos procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da seguradora.

22.12. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, ou sendo risco complexo, 120 (cento e vinte) dias para manifestar-se sobre a caracterização da cobertura, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados a cada cobertura e acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura e que possibilitem a regulação e liquidação comprovação do sinistro.

22.13. Com base em dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá solicitar documentação e/ou informações complementares.

22.13.1. Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido de 30 (trinta) dias, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

22.14. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para fins de verificação de cobertura, de acordo com as condições previstas contratualmente.

22.14.1. Incumbe, também, ao beneficiário do seguro, no que couber, o cumprimento das disposições desta cláusula, sujeitando-se às mesmas sanções.

22.15. É vedado ao segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro ou quando o segurado ou o beneficiário tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la. O descumprimento culposo pelo Segurado, beneficiário e/ou representante desse dever, implica na obrigação para o mesmo de suportar as despesas acrescidas para a regulação e a liquidação do sinistro, exonerando a Seguradora do dever de indenizar ou pagar o capital segurado. Neste caso, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

22.16. A fraude cometida por ocasião da reclamação de sinistro leva à perda pelo infrator do direito à garantia, liberando a seguradora do dever de prestar o capital segurado ou a indenização.

22.16.1. A seguradora não responde pelos efeitos manifestados durante a vigência do contrato quando decorrentes de sinistro anterior ao início de vigência da apólice.

22.16.2. A Seguradora se reserva o direito de realizar perícia médica e demais avaliações e pesquisas periciais quanto ao evento e suas consequências.

22.16.3. O pagamento de qualquer indenização, com base nesta apólice, somente poderá ser efetuado após terem sido relatadas, pelo segurado, as circunstâncias da ocorrência do sinistro, apuradas as suas causas, provados os valores a indenizar e o direito de recebê-los, cabendo ao segurado, ou quem o representar, prestar toda a assistência para que isto seja concretizado.

22.16.4. A Seguradora poderá disponibilizar ao segurado ou beneficiário, se houver solicitação neste sentido, cópia do relatório definitivo da regulação, depois de concluídas e esgotadas todas as análises referentes ao evento ocorrido e reclamado.

22.16.5. As partes poderão fixar prazo superior ao disposto na cláusula anterior, em acordo celebrado pelas partes, e/ou por autoridade fiscalizadora, verificada a existência de cobertura implique maior complexidade na apuração.

22.17. Caso a seguradora conclua pela não caracterização do sinistro, comunicará formalmente, através de meios idôneos ao segurado, sua negativa de indenização, apresentando, conjuntamente, as razões que embasaram sua conclusão, de forma detalhada.

Cláusula 23^a. INDENIZAÇÃO

23.1. Reconhecida a cobertura, o pagamento da indenização ocorrerá dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, ou se tratando de risco complexo, 120 (cento e vinte) dias contados da data reconhecimento da cobertura do processo de regulação do sinistro.

23.2. O valor devido apurado será apresentado de forma fundamentada ao interessado, não podendo a seguradora inovar posteriormente, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

23.3. Não respeitado o prazo previsto no item 23.1 desta cláusula, os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de multa, juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos itens 23.4 desta cláusula, aplicados a partir da data de sua exigibilidade. Considera-se data de exigibilidade o 1º dia posterior ao término do prazo previsto no item 23.1.

23.4. Incidirá multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, conforme dispostos nesta cláusula.

23.5. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no Cláusula 29.1 destas Condições Gerais, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

23.6. O pagamento será feito por meios disponíveis pela rede bancária, desde crédito em conta, ordem de pagamento, transferência bancária, pix e outras devidamente reconhecidas pelo Banco Central, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) beneficiário(s) ou segurado no aviso de sinistro.

23.7. O pagamento será feito no Brasil e em moeda nacional.

23.8. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do segurado e/ou beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

23.9. 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.

23.10. 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.

23.11. 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.

23.12. 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.

23.13. 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 resarcimento 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.

23.14. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

Cláusula 24^a. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

24.1. As apólices com vigência de 1 (um) ano ou superior, poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

24.2. A renovação automática a que se refere o subitem 24.1 anterior não se aplica ao estipulante, ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro.

24.2.1. O desinteresse em renovação da apólice deverá ser comunicado ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, (30) trinta dias que antecedam o final da vigência da apólice.

24.3. Para a proposta de renovação aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 13^a destas Condições Gerais.

24.4. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

Cláusula 25^a. CANCELAMENTO DO SEGURO

25.1. Este seguro será rescindido ou cancelado, independentemente de

Versão: 12/2025

qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, por falta de pagamento do prêmio ou descumprimento de quaisquer outras obrigações previstas nas Condições Gerais e/ou nos termos da Cláusula 26ª – “Perda de Direito” destas Condições Gerais.

25.2. Na cancelamento da apólice somente se dará por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 60 (sessenta) 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.

25.3. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, observadas as condições contratuais pelos motivos de inadimplência de prêmios, nulidade do seguro, sinistros, conforme as condições de cada cobertura contratada e situações previstas em lei.

25.4. O potencial segurado ou estipulante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora.

25.4.1. O descumprimento doloso do dever de informar previsto no *caput* deste artigo importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

25.4.2. O descumprimento culposo do dever de informar previsto no *caput* desta Cláusula implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

25.4.3. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

25.5. Quando o seguro, por sua natureza ou por expressa disposição, for do tipo que exige informações contínuas ou averbações de globalidade de riscos e interesses, a omissão do segurado, desde que comprovada, implicará a perda da garantia, sem prejuízo da dívida do prêmio.

25.6. A sanção de perda da garantia será aplicável ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.

25.7. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.



25.8. A resolução deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o recebimento da notificação pelo segurado, estipulante, representante legal ou corretor de seguros, e a seguradora deverá restituir a eventual diferença de prêmio, ressalvado, na mesma proporção, seu direito ao resarcimento das despesas incorridas com a contratação.

Cláusula 26^a. PERDA DE DIREITO

26.1. **No seguro de pessoas de terceiro, o proponente, Estipulante, representante legal ou corretor de seguros é obrigado a declarar, sob pena de nulidade do contrato, seu interesse sobre a vida e a incolumidade do segurado.**

26.2. **O contrato é nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco é impossível ou já se realizou.**

26.3. **São nulas as garantias, sem prejuízo de outras vedadas em lei:**

I - De interesses patrimoniais relativos aos valores das multas e outras penalidades aplicadas em virtude de atos cometidos pessoalmente pelo segurado que caracterizem ilícito criminal; e

II - Contra risco de ato doloso do segurado, do beneficiário ou de representante de um ou de outro, salvo o dolo do representante do segurado ou do beneficiário em prejuízo desses.

26.4. **Desaparecido o risco, resolve-se o contrato com a redução do prêmio pelo valor equivalente ao risco a decorrer, ressalvado, na mesma proporção, o direito da seguradora às despesas incorridas com a contratação.**

26.5. **O segurado e/ou estipulante 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.**

26.6. **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 Cônjugue, quando incluído no Seguro.

26.7. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

26.8. Quando o contrato de seguro for nulo ou ineficaz, o segurado, Estipulante, Representante, beneficiário terá direito à devolução do prêmio, deduzidas as despesas realizadas, salvo se provado que o vício decorreu de sua má-fé.

26.9. 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 conexo causal com o evento gerador do sinistro.

Cláusula 27ª. CESSAÇÃO DA COBERTURA

27.1. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

27.2. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem anterior aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

27.3. As coberturas individuais cessarão automaticamente:

- a. com o cancelamento da apólice;
- b. no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das apólices e, consequentemente, do grupo segurável, exceto no caso de aposentadoria;
- c. a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da apólice deste 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 28^a. ALTERAÇÃO CONTRATUAL

28.1. Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

Cláusula 29^a. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA

29.1. 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.

29.1.1. 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.

29.1.2. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado o IGPM-FGV (índice de geral de preços de mercado – da fundação Getúlio Vargas) como índice substituto para atualização das obrigações pecuniárias.

29.2. Mora

29.2.1. No caso de não cumprimento dos prazos previstos, além da atualização monetária, a mora da seguradora fará incidir multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, contados partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para a liquidação da obrigação pecuniária.

Cláusula 30^a. SUB-ROGAÇÃO

30.1. 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 31^a. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

31.1. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido no Contrato.

31.2. Na hipótese de distribuição, será considerado Excedente Técnico o

saldo positivo (se houver), entre as receitas e as despesas a seguir especificadas:

I – RECEITAS

- a) os Prêmios, de competência, correspondentes ao período de apuração, efetivamente pagos, deduzidos os Prêmios devolvidos;
- b) os estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

II - DESPESAS

- a) as comissões de corretagem pagas durante o período, correspondentes ao período de competência analisado;
- b) as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período (se houver);
- c) as comissões de agenciamento pagas durante o período (se houver);
- d) valor total dos Sinistros ocorridos, pagos ou avisados, no período de competência analisado;
- e) o valor total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados nas apurações dos períodos anteriores ao de competência;
- f) os saldos negativos dos períodos anteriores e ainda não compensados;
- g) as despesas efetivas de administração do plano a cargo da Seguradora;
- h) as despesas a título de IBNR, ou seja, os Sinistros ocorridos e ainda não avisados, relativas ao período de competência avaliado.

31.3. Quando da apuração, as receitas e as despesas serão atualizadas conforme disposto na **Cláusula 29ª ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA**, conforme a seguir:

- a. Prêmios e comissões - a partir do respectivo dia do pagamento;
- b. Sinistros - a partir do dia do aviso à Seguradora;
- c. Saldos negativos anteriores - a partir do respectivo mês de apuração;
- d. Despesas de administração da Seguradora - a partir das datas em que incorreram.

31.4. No caso de resultado positivo, a Seguradora repassará a título de Excedente Técnico ao Estipulante o percentual estabelecido no Contrato.

31.5. Respeitado o critério de apuração estabelecido nos itens anteriores, a distribuição de Excedente Técnico ocorrerá após o 1º ano de Vigência da Apólice.

31.6. A distribuição de Excedente Técnico será efetuada após o término de Vigência Anual da Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de Excedente Técnico.

31.7. Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido no contrato do seguro.

31.8. Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento ou não renovação da Apólice, com a BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S.A.

Cláusula 32ª. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

32.1. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da BERKLEY INTERNATIONAL BRASIL SEGUROS S.A., respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas e leis vigentes do seguro

Cláusula 33ª. PRESCRIÇÃO

33.1. Qualquer direito do segurado com fundamento na presente Condição Geral, e demais condições contratuais de seguro prescreve nos prazos estabelecidos na legislação de seguros vigente na data de contratação deste seguro.

Cláusula 34ª. FORO

34.1. Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do contrato de seguro, o foro competente para as ações de seguro é o do domicílio do segurado ou do beneficiário, salvo se eles ajuizarem a ação optando por qualquer domicílio da seguradora ou de agente dela.

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

CLÁUSULA 1^a - 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 9^a **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, desde que o evento seja devidamente caracterizado e coberto, conforme as condições contratuais e legais.

1.2. **Com o pagamento da indenização o seguro individual é automaticamente cancelado.**

CLÁUSULA 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Ratificam-se os riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no item 3 e da Cláusula 5^a RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.**

CLÁUSULA 4^a - FRANQUIA/CARÊNCIA

Versão: 12/2025

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 5^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. **Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado pelo Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail e outros meios de comunicação disponíveis 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 Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, com informações completas sobre o ocorrido.

5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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 Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- b. 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 ou do(s) beneficiário(s) 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 1^a - 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, durante a vigência do seguro, desde que o evento seja devidamente caracterizado e coberto, conforme as condições contratuais e legais.
- 1.2. **Com o pagamento da indenização o seguro individual é automaticamente cancelado.**

CLÁUSULA 2^a - CAPITAL SEGURADO

- 2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.
- 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 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal itemAs** condições particulares do **seguro prevalecem sobre as condições especiais, e estas, sobre as condições gerais.**
- 3.2. **DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO) e da Cláusula 5^a RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura: as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.**

CLÁUSULA 4^a - FRANQUIA/CARÊNCIA

Versão: 12/2025

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 5^a - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

5.1. As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

5.1.1. Se depois de pagar 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 6^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado pelo Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, telefax ou e-mail 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 Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, com informações completas sobre o ocorrido.

6.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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 Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- b. 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 ou do(s) beneficiário(s) 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

7.1.1. 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 1^a - 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 durante a vigência do seguro, desde que o evento seja devidamente caracterizado e coberto, conforme as condições contratuais e legais.

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 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado individual, será considerada **“data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.**

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal item 3 e da Cláusula 5^a RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura: as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.**

CLÁUSULA 4^a - 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 5^a - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

5.1. As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental não se acumulam.

5.2. Se depois de pagar 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 6^a - 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 toráxico-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 tibioperoneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º 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	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	06
menos de 3 (três) centímetros	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.
- 6.3. 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.
- 6.4. 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.
- 6.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
- 6.6. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 6.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um



membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

CLÁUSULA 7ª - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail e outros meios de comunicação disponíveis dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
- 7.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
- 7.3. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, com informações completas sobre o acidente.
- 7.4. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
- 7.5. **Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22ª das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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;
- 7.6. 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 ou do(s) beneficiário(s) no recebimento ou não de qualquer indenização.

7.6.1. 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 8^a - 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 9^a - 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 10^a - CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

10.1. O seguro individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, ainda que continue constando na DCTFWEB ou como associado da Estipulante, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica pós indenização.

CLÁUSULA 11^a - 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 1^a - 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.

1.5. Para os menores de catorze (14) anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto.

CLÁUSULA 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

2.2. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das

Condições Gerais.

2.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do Acidente sofrido pelo segurado.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal item 3. e da Cláusula 5^a RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura: as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

CLÁUSULA 4^a - 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 5^a - 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 6^a - 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 7^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, por meios disponibilizados pela 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 Cláusula 22ª das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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 ou do(s) beneficiário(s) 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

7.1. 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 - CANCELAMENTO SO SEGURO INDIVIDUAL

9.1. O seguro individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, ainda que continue constando na DCTFWEB ou que continue no quadro de associados junto ao Estipulante, 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 ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO (ADPT) EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

1.1. Quando contratada, mediante a pagamento de prêmio, garante o reembolso das despesas havidas com a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso o segurado titular do seguro venha, por determinação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, em virtude de lesão física, **causada por acidente pessoal devidamente coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos**, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições do Seguro.

1.2. As despesas com a referida adequação supra devem ter ocorrido em até 18 (dezoito) meses a contar do acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice.

1.3. **Para os menores de catorze anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto.**

CLÁUSULA 2^a - DEFINIÇÕES

2.1. Para fins de esclarecimento e entendimento desta cobertura aplicam-se as seguintes definições:

Alteração de Casa: todas as mudanças na residência habitual do Titular do seguro que são necessárias para tornar o local de moradia acessível e habitável para ele diante da ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

Modificação de veículo: todas as alterações no veículo de uso particular do Titular do Seguro que são necessárias para tornar o veículo acessível para que o segurado possa guiá-lo.

Residência Habitual: residência onde o titular do seguro more de forma habitual. Não são consideradas como residência habitual as casas de veraneio do segurado principal.



Veículo Particular: veículo automotor de 4 (quatro) rodas, com capacidade máxima para 9 (nove) passageiros, fabricado para andar em ruas e rodovias públicas.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a. uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b. atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c. acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**
- d. 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/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;**
- e. atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;**
- f. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g. epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;**
- h. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- i. prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos**

que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- j. eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k. eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l. Acidente Vascular Cerebral;
- m. eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n. exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linhas regulares;
- o. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

CLÁUSULA 4^a - CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

4.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do efetivo dispêndio pelo segurado.

CLÁUSULA 5^a - INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

A cobertura compreendida por esta Cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura



for contratada após entrada em vigor da Apólice e enquanto se mantiver vigente.

CLÁUSULA 6^a - CESSAÇÃO DE COBERTURA

- 6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as cláusulas: Cláusula 15^a, Cláusula 20^a, Cláusula 25^a, Cláusula 26^a das Condições Gerais.
- 6.2. **Após o pagamento da indenização referente à cobertura de adaptação de casa e/ou veículo (ADPT) em decorrência de acidente, o segurado permanecerá segurado pela apólice, porém a seguradora excluirá a cobertura individual ao segurado individual de adaptação de casa e/ou veículo (ADPT) das futuras garantias do contrato.**

CLÁUSULA 7^a - ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 7.1. Esta cobertura abrange, somente, os eventos ocorridos em território nacional, salvo disposições contratuais em contrário.

CLÁUSULA 8^a - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 8.1. **Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes ao evento:**
 - formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante e pelo médico que atendia o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;
 - formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
 - cópias do RG (cédula de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado;
 - cópia da Ficha de Registro de Empregado
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário;
 - Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, e a necessidade da adequação de casa ou modificação do veículo de uso particular, informando sempre se o paciente se encontra em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado.



- cópia do BO (Boletim de Ocorrência) policial, se houver;
- Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- Declaração de residência habitual e comprovante de residência do mês anterior ao sinistro;
- Certidão de propriedade do veículo;
- Laudo, emitido pela empresa responsável pelas adequações com o detalhamento dos serviços prestados;
- Notas fiscais originais para comprovação dos gastos.

CLÁUSULA 9^a - DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.

CLÁUSULA 10^a - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante a antecipação total do capital segurado da Cobertura Básica de Morte, caso o Segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, observadas as demais condições contratuais.

CLÁUSULA 2^a - DEFINIÇÕES

2.1. De acordo com Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), definidos nas As condições particulares do **seguro prevalecem sobre as condições especiais, e estas, sobre as condições gerais**.

2.2. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO) e **DAS TERMINOLOGIAS CONSTANTES DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS** das condições gerais.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS COBERTOS

3.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico de incapacidade, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este quadro clínico de incapacidade deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item “Liquidação de Sinistros” destas Condições Especiais.

3.2. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, provenientes **exclusivamente de doenças**:

- a. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b. Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

Versão: 12/2025

- c. Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença.
- e. Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares, que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g. Deficiências visuais, decorrentes de doença:
 - I. Cegueira, na qual a acuidade visual é menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - II. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,05 e 0,3 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - III. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for menor ou igual a 60°; ou
 - IV. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i. Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - V. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - VI. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - VII. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.3. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIIF, anexo a esta Condição Especial, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.3.1. O IAIF é composto por dois documentos:

- a. O primeiro documento (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
 - I. O 1º grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
 - II. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
 - III. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- b. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
- IV. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a. **perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b. **quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo sequelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;**
- c. **doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

CLÁUSULA 5ª - CAPITAL SEGURADO

Versão: 12/2025

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela Seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a Seguradora.

5.2. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.

5.4. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

CLÁUSULA 6^a - CARÊNCIA

6.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

6.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a Seguradora e na apólice do seguro.

CLÁUSULA 7^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Para a Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), os documentos básicos necessários são:

- a. Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b. Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do Segurado;
- c. Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz etc.), nominal ao Segurado;
- d. Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do Segurado;
- e. Declaração médica indicando a data da invalidez funcional



permanente e total por doença, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3. Riscos Cobertos, destas Condições Especiais;

- f. Relatório médico assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, bem como informando os respectivos CIDs associados ao estado de incapacidade;
- g. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- h. Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

7.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

8.3. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

8.4. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

8.5. Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela Seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

CLÁUSULA 8^a - CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, conforme disposto na Cláusula 29^a das condições gerais, juntamente com o pagamento do capital segurado.

8.2. Não estando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

CLÁUSULA 9^a - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

CLÁUSULA 10^a - JUNTA MÉDICA

10.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas 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, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

CLÁUSULA 11^a - RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.



ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do Segurado com o cotidiano	<p>1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.</p> <p>2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.</p> <p>3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.</p>	00
		10
		20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Condições clínicas e estruturais do Segurado	<p>1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais</p> <p>2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.</p>	0
		10



3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico

20

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

2º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir- se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	0
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias	20

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF
3º DOCUMENTO - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

1.1 Quando contratada mediante a pagamento de prêmio adicional, garante ao próprio Segurado ou a seu representante legal a antecipação total do capital segurado da Cobertura Básica de Morte, caso o Segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, observadas as demais condições contratuais.

1.2.1. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

1.2.1.1. Para fins deste seguro a atividade laborativa principal é aquela na qual o Segurado exerce para o Estipulante mediante ao recebimento de uma remuneração anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez, consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

1.2.1.2. Considera-se doença terminal aquela para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

1.2.1.3. A invalidez por doença laborativa deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica emitida por profissional devidamente habilitado para essa finalidade. A Seguradora também se reserva o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, caso o segurado se negue a passar pela referida

avaliação, a indenização não será paga.

1.2.2. Não podem configurar como segurados, para a cobertura de invalidez permanente total por doença laborativa, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

CLÁUSULA 2^a - DEFINIÇÕES

2.1. Em conformidade as definições constantes da condição geral - As condições particulares do seguro prevalecem sobre as **condições especiais, e estas, sobre as condições gerais.**

2.2. DEFINIÇÕES GERAIS (GLOSSÁRIO) e 3.1 **DAS TERMINOLOGIAS CONSTANTES DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS** para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):

CLÁUSULA 3^a - RISCOS COBERTOS

3.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico de incapacidade, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este quadro clínico de incapacidade deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item “REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS” destas Condições Especiais.

3.2. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, provenientes **exclusivamente de doenças:**

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;



- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares, que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiências visuais, decorrentes de doença:
 - I. Cegueira, na qual a acuidade visual é menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - II. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,05 e 0,3 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - III. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for menor ou igual a 60°; ou
 - IV. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - I. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - II. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - III. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

CLÁUSULA 5^a - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**

- b) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo sequelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;**
- c) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

CLÁUSULA 6^a - CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** destas Condições Gerais e é a importância máxima a ser paga pela Seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Laboral Permanente e Total por Doença, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a Seguradora.

6.2. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

6.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez laboral permanente e total indicada na declaração médica.

6.3. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

CLÁUSULA 7^a - CARÊNCIA

7.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item Cláusula 12^a das Condições Gerais.

7.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a Seguradora e na apólice do seguro.

CLÁUSULA 8^a - CANCELAMENTO DO SEGURO

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

8.2. Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

8.3. Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores prevista na **ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA** das Condições Gerais.

8.4. Não estando comprovada a invalidez laboral permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

CLÁUSULA 9^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para a Cobertura Adicional de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILPD), os documentos básicos necessários são:

- a. Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b. Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do Segurado;
- c. Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz etc.), nominal ao Segurado;
- d. Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do Segurado;
- e. Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3. Riscos Cobertos,

destas Condições Especiais;

- f. Relatório médico assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, bem como informando os respectivos CIDs associados ao estado de incapacidade;
- g. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- h. Autorização de Crédito (formulário fornecido pela Seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

9.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

9.3. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

9.4. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

9.5. Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela Seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

CLÁUSULA 10^a - DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

10.1. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez laboral permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio

Versão: 12/2025



Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

CLÁUSULA 11^a - JUNTA MÉDICA

11.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas 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, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

11.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

CLÁUSULA 12^a - RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

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

CLÁUSULA 1^a - 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 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

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; ou,**
- i. tratamentos relacionados a doenças.**

CLÁUSULA 4^a - PRESTADORES

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

CLÁUSULA 5^a - FRANQUIA/CARÊNCIA

5.1. FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, será expressa em horas, dias ou percentual 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 6^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outro meio de comunicação disponível 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.

6.2.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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 de o 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.**

6.2.3. 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 REGULAÇÃO E 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 ou do(s) beneficiário(s) 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 7^a - CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA

Versão: 12/2025

7.1. Contratada mais de uma apólice pelo Segurado, nesta ou em outra seguradora, garantindo a cobertura de despesas médico-hospitalares, a responsabilidade da BERKLEY INTERNATIONAL DO BRASIL SEGUROS S.A., será igual a importância do capital segurado 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 das seguradoras.

7.1.1. Exemplo de aplicação da cláusula de rateio proporcional:

Suponha que o segurado possua duas apólices vigentes na data do sinistro, sendo uma na companhia 1, com capital segurado de R\$ 10.000,00 e outra de R\$ 20.000,00 com a companhia 2, para a cobertura de DMHO-A totalizando um capital segurado (Cia 1 + Cia 2) de R\$30.000,00.

O evento ocorrido com o segurado individual totalizou em despesas médico-hospitalares, devidamente analisadas, o valor de R\$ 15.000,00.

O valor a ser reembolsado ao segurado por cada seguradora, será calculado de forma proporcional ao limite segurado de cada Companhia em relação ao total de seus limites, ou seja:

- Cia 1: (R\$ 10.000,00 / R\$ 30.000,00) x R\$ 15.000,00 = R\$ 5.000,00
- Cia 2: (R\$ 20.000,00 / R\$ 30.000,00) x R\$ 15.000,00 = R\$ 10.000,00

Dessa forma, cada seguradora será responsável pelo reembolso proporcional às condições contratuais de sua respectiva apólice.

7.2. Pelo mesmo acidente, o reembolso não poderá superar o limite máximo contratado para a cobertura de DMHO.

CLÁUSULA 1ª - 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 para a cobertura.

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 2^a - RATIFICAÇÃO

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 1^a - 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, 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 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

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 reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, entre outras.**

- j. as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.
- k. transtornos mentais e psiquiátricos;
- l. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- m. lesões que não requerem atenção médica;
- n. internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
- o. cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- p. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia
- q. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
- r. 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 - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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 REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, com informações completas sobre o ocorrido.

4.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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 de o 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 ou do(s) beneficiário(s) 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 para esta cobertura.

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 1^a - 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 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, 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 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

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; Enteropatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenoumeral) 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).

4.2. 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.

4.3. **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.

4.4. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

4.5. 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 - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. **Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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, com informações completas sobre o ocorrido.

5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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 de o 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.

5.2. 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 ou do(s) beneficiário(s) no recebimento ou não de qualquer indenização.

5.2.1. 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 6^a - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Versão: 12/2025



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 para esta cobertura.

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 7^a - 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 1^a - 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 por um período superior a 12 (doze) horas e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no contrato do seguro.

1.5. A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

CLÁUSULA 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

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 4^a - 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 5^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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, com informações completas sobre o ocorrido.

5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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 de o 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 ou do(s) beneficiário(s) 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 6^a - 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 para esta cobertura.

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 7^a - 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 1^a - 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 por um período superior a 12 (doze) horas e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no contrato do seguro.

1.5. A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação.

CLÁUSULA 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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

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 diagnose, 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 - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

5.1.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, com informações completas sobre o ocorrido.

5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto

Versão: 12/2025

Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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 de o 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.

5.2. 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 ou do(s) beneficiário(s) no recebimento ou não de qualquer indenização.

5.2.1. 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 6^a - 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 para esta cobertura.

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 7^a - 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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento do capital segurado, em caso de diagnóstico de Doença Grave, observado os riscos excluídos e demais termos das condições contratuais do seguro,

1.2. **Para fins desta cobertura, consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, através de Declaração Médica especializada durante a vigência do seguro, de um dos seguintes Diagnósticos Clínicos, provenientes exclusivamente das seguintes doenças:**

- **Diagnóstico de Câncer;**
- **Derrame (acidente vascular cerebral);**
- **Infarto Agudo do Miocárdio;**
- **Insuficiência Renal Crônica;**
- **Transplante de Órgãos Vitais.**

1.3. **Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” data do 1º (primeiro) diagnóstico da doença coberta e que se enquadre em quadro clínico de diagnóstico, indicada na declaração médica conforme segue:**

1.3.1. **Diagnóstico de Câncer:** É a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista.

1.3.2. **Derrame: (Acidente Vascular Cerebral):** Isquemia cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia intracraniana, que produz sequela neurológica definitiva, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

1.3.3. **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.

1.3.4. Insuficiência Renal Crônica: Estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, diagnosticada por nefrologista, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

1.3.5. Transplantes de Órgãos Vitais: É a transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9ª **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos mencionados no item – EXCLUSÕES GERAIS das condições gerais também estarão excluídos da Cobertura de Diagnóstico de Doenças Graves:

a. Para câncer (neoplasia): qualquer câncer não invasivo (*in situ*), doença de Hodgkin na fase i, todos os câncer de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana, carcinoma micropapilar da

bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação rai menor que III);

b. Para infarto agudo do miocárdio: infartos do miocárdio anteriores a 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;

c. Para derrame (acidente vascular cerebral): ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da apólice;

d. Para insuficiência renal crônica: insuficiência renal aguda e/ou insuficiência renal crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;

e. Para ara transplantes de órgãos vitais: qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados no item 1.2.5 destas Condições Especiais;

f. Toda e qualquer cirurgia não especificada no item riscos cobertos desta cobertura.

CLÁUSULA 4^a - FRANQUIA/CARÊNCIA

4.1. FRANQUIA: O período de franquia poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias, durante o qual o Segurado não fará jus a cobertura desta Cobertura, na hipótese de ocorrência de seu falecimento em decorrência do mesmo diagnóstico da doença grave verificada, sem prejuízo do cumprimento do prazo de Carência. A contagem do período de até 90 (noventa) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

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

Versão: 12/2025



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 5^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à Seguradora, esta deverá ser comunicada pelo estipulante ou pelo Segurado, seus representantes ou beneficiários, através do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, por qualquer meio de comunicação idôneo, porém não desobrigando o Segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

5.1.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, com informações completas sobre o ocorrido.

5.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes ao evento:

- a.** Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada;
- b.** Para Câncer (neoplasia): Resultado do exame anatomo-patológico;
- c.** Para Infarto Agudo do Miocárdio: Resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca;
- d.** Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral): Resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio;
- e.** Para Insuficiência Renal Crônica: Resultado dos exames da função renal;
- f.** Para Transplante de Órgãos Vitais: Prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável; e,
- g.** Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, referentes aos itens anteriores.

5.1.2. 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 ou do(s) beneficiário(s) no recebimento ou não de qualquer indenização.

5.1.3. 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.

5.3. JUNTA MÉDICA

5.3.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do diagnóstico de Doença Grave, 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 uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

5.4. As despesas efetuadas com a legitimação do Diagnóstico de Doença Grave são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

5.5. Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Diagnóstico de Doença Grave igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente conforme disposto na Cláusula 29^a Atualização Monetária das Obrigações Pecuniárias, Juros e

Mora.

5.5.1. Não estando comprovado o Diagnóstico de Doença Grave, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Bilhete de seguro / certificado / Apólice, sem qualquer devolução de prêmios.

CLÁUSULA 6^a - 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 1^a - 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.

1.1.1. **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.

1.2. **Esta cobertura será contratada apenas para o 1º (primeiro) diagnóstico de Queimadura Grave para o caso de morte, bem como o Seguro Individual. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do capital segurado conforme disposto na Cláusula 32^a Atualização Monetária das Obrigações Pecuniárias, Juros e Mora.**

CLÁUSULA 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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

CLÁUSULA 3^a - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

3.1. **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 para esta cobertura.

3.2. 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 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS

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: Queimaduras decorrentes de autoagressão.

CLÁUSULA 5^a - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

5.2. "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.

5.3. 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 6^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo um evento que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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, com informações completas sobre o ocorrido.

6.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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 de o 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.

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 ou do(s) beneficiário(s) no recebimento ou não de qualquer indenização.

6.4.1. 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 7^a - 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 AUXÍLIO FUNERAL – AXF-M

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura em caso de morte do Segurado ocorrida durante o período de vigência do seguro, **será garantido o pagamento ao(s) beneficiário(s), a título de auxílio funeral, o reembolso das despesas efetuadas com o funeral limitado** ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura.

CLÁUSULA 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais..

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

CLÁUSULA 3^a - 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 4^a - 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**

Versão: 12/2025

referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

CLÁUSULA 5^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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, com informações completas sobre o ocorrido.

5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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); e,**

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 ou do(s) beneficiário(s) 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 6^a - 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 DECORRENTE DE ACIDENTE- AXF-MA

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura em caso de Morte Acidental do Segurado ocorrida durante o período de vigência do seguro, será garantido o pagamento ao(s) beneficiário(s), a título de auxílio funeral, o reembolso das despesas efetuadas com o funeral limitado ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9ª **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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 - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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, com informações completas sobre o ocorrido.

5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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); e,
- 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 ou do(s) beneficiário(s) 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 6^a - 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 1^a - 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 na Proposta de Contratação e/ou Adesão.

CLÁUSULA 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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 3^a - 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 4^a - 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 5^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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, com informações completas sobre o ocorrido.

5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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); e,
- 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 ou do(s) beneficiário(s) 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 6^a - 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 1^a - 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.

1.2. O pagamento poderá ser efetuado por meio de crédito em cartão-eletrônico, se estabelecido na Proposta de Contratação e/ou Adesão.

CLÁUSULA 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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 3^a - 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 4^a - 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 5^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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, com informações completas sobre o ocorrido.

5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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

Versão: 12/2025

melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado ou do(s) beneficiário(s) 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 6^a - 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 1^a - 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 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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 3^a - 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 4^a - 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**

Versão: 12/2025

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 5^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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, com informações completas sobre o ocorrido.

5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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 ou do(s) beneficiário(s) 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 6^a - 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 1^a - 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 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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 3^a - 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 4^a - 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 5^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Versão: 12/2025

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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, com informações completas sobre o ocorrido.

5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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 ou do(s) beneficiário(s) 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 6^a - 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 FILHOS PÓSTUMOS (IEFP)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

1.1. Mediante a contratação desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento de uma indenização adicional ao responsável legal pelo nascituro em caso de morte do segurado ocorrido durante o período de gestação, observadas as demais condições contratuais.

1.2. Quando o Segurado for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do segurado.

1.3. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite contratado para esta cobertura.

1.4. A contratação desta Cláusula somente poderá ser contratada se contratada a cobertura de Morte ou Morte.

CLÁUSULA 2^a - DEFINIÇÕES

2.1. Para melhor entendimento desta cobertura e facilitar a sua compreensão, seguem as seguintes definições.

2.1.1. **Nascituros:** filhos nascidos vivos, quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como:
• batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.1.2. **Natimorto:** É o feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

2.1.3. **Responsáveis Legais:** Mãe, Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.

2.1.4. **Período de Gestação:** período correspondente entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Versão: 12/2025

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos apresentados na Cláusula de Morte, estão também excluídos da presente Cláusula:**

- a) Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;**
- b) Natimorto;**
- c) Adoção.**

CLÁUSULA 4^a - CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

4.2. Para determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento, a data do óbito do segurado.

CLÁUSULA 5^a - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. Além dos documentos para a Cláusula de Morte ou Morte Acidental, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. formulário “Autorização para Crédito de Indenização” devidamente preenchido e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal;
- b. cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e Comprovante de
- c. residência do Pai/Mãe ou responsável legal;
- d. Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
- e. Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho;
- f. Declaração de únicos herdeiros.

CLÁUSULA 6^a - 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 NATALIDADE (AN)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

1.1. Mediante a contratação desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante ao segurado principal o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura a título de auxílio natalidade, em razão do nascimento de filho(s) com vida, durante a vigência individual do seguro, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, e do Contrato.

CLÁUSULA 2^a - DEFINIÇÕES

2.1. Para melhor entendimento desta cobertura e facilitar a sua compreensão, seguem as seguintes definições.

2.1.1. **Nascituros:** filhos nascidos vivos, quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como:

- batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos apresentados na Cláusula de Morte, estão também excluídos da presente Cláusula a adoção.**

CLÁUSULA 4^a - CARÊNCIA

4.1. Nos seguros com adesão facultativa, quando houver será definido na apólice, respeitando um período máximo de 270 (duzentos e setenta) dias.

4.2. Nos seguros com adesão compulsória, não haverá carência.

CLÁUSULA 5^a - CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente nas condições contratuais.

5.2. Para determinação do Capital Segurado, considera-se como data do evento, a data do nascimento do filho do segurado.

5.2.1. Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido no contrato, para cada filho do segurado nascido durante o período de vigência da apólice.

CLÁUSULA 6^a - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Além dos documentos para a Cláusula de Morte ou Morte Acidental, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a. formulário “Autorização para Crédito de Indenização” devidamente preenchido e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal;
- b. cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e Comprovante de
- c. residência do Pai/Mãe ou responsável legal;
- d. Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
- e. Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho;
- f. Declaração de únicos herdeiros.

CLÁUSULA 7^a - 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 ASSISTÊNCIA FUNERAL

CLÁUSULA 1^a - 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 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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, **e limitado ao valor do capital segurado desta cobertura.**

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:

Versão: 12/2025

2.9. **Assistência Funeral** – Individual: Garante o reembolso ou os serviços de assistência exclusivamente para o Segurado Principal do seguro, **e limitado ao valor do capital segurado desta cobertura**.

2.10. **Assistência Funeral Familiar**: Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu cônjuge e filhos, **e limitado ao valor do capital segurado desta cobertura**.

2.11. **Familiar Ampliado**: Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu Cônjugue, Filhos, Pai, Mãe, Sogro e Sogra, **e limitado ao valor do capital segurado desta cobertura**.

2.12. Para fins dessa cobertura, deve ser considerado:

- I. **Cônjugue: é a(o) esposa(o) do segurado(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 3^a - 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); e,
- 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 4^a - 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. cruzes;**
- 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; ou,**
- 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 - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. **Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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**

Versão: 12/2025



obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, com informações completas sobre o ocorrido.

6.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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 ou do(s) beneficiário(s) 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 7^a - 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 RESCISÃO TRABALHISTA - RT-M

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido o reembolso ao estipulante das despesas com a rescisão do contrato de trabalho com o segurado, em decorrência de seu falecimento em decorrência de eventos de causas naturais (doença) ou acidentes pessoais cobertos durante o período de vigência do seguro, limitado ao capital segurado contratado.

CLÁUSULA 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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. A cobertura somente poderá ser contratada somente por pessoas que possuam vínculo empregatício sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com o estipulante.

2.4. A indenização paga ao estipulante, a título de verba rescisória, será feito de uma única vez.

CLÁUSULA 3^a - 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:**

- **Saldo de salário;**
- **13º salário;**
- **Férias vencidas;**
- **Férias proporcionais;**
- **Participação nos lucros;**
- **1/3 constitucional sobre férias vencidas e proporcionais;**

Versão: 12/2025

- **Salário-família;**
- **FGTS do mês anterior (depósito);**
- **FGTS da rescisão (depósito);**
- **Multas por descumprimento do contrato de trabalho nos termos previstos pela legislação trabalhista;**
- **Danos Morais e Materiais decorrentes direta ou indiretamente do fato gerador do sinistro; e**
- **Despesas ordinárias decorrentes do contrato de trabalho.**

CLÁUSULA 4^a - 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 5^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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, com informações completas sobre o ocorrido.

5.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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.
- j.** Cópia da Convenção Coletiva de Trabalho ou similar, que demande o pagamento das verbas cobertas por essa cobertura.

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 ou do(s) beneficiário(s) 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 6^a - RATIFICAÇÃO

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

Versão: 12/2025

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-MA

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido o **reembolso ao estipulante das despesas com a rescisão do contrato de trabalho** com o segurado, em decorrência de seu falecimento decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto durante o período de vigência do seguro, limitado ao capital segurado contratado.

CLÁUSULA 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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

2.3. A cobertura somente poderá ser contratada somente por pessoas que possuam vínculo empregatício sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com o estipulante.

2.4. A indenização paga ao estipulante, a título de verba rescisória, será feito de uma única vez.

CLÁUSULA 3^a - 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:

- **Saldo de salário;**
- **13º salário;**
- **Férias vencidas;**
- **Férias proporcionais;**
- **Participação nos lucros;**
- **1/3 constitucional sobre férias vencidas e proporcionais;**

Versão: 12/2025

- **Salário-família;**
- **FGTS do mês anterior (depósito);**
- **FGTS da rescisão (depósito);**
- **Multas por descumprimento do contrato de trabalho nos termos previstos pela legislação trabalhista;**
- **Danos Morais e Materiais decorrentes direta ou indiretamente do fato gerador do sinistro; e,**
- **Despesas ordinárias decorrentes do contrato de trabalho.**

CLÁUSULA 4^a - 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 5^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. **Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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, com informações completas sobre o ocorrido.**

5.3. **Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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; e,
- j. Cópia da Convenção Coletiva de Trabalho ou similar, que demande o pagamento das verbas cobertas por essa cobertura

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 ou do(s) beneficiário(s) 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 6^a - 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 RESCISÃO TRABALHISTA - RT-IPTA

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será **garantido o reembolso ao estipulante das despesas com a rescisão do contrato de trabalho** com o segurado, 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 2^a - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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. A cobertura somente poderá ser contratada somente por pessoas que possuam vínculo empregatício sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com o estipulante.

2.4. A indenização paga ao estipulante, a título de verba rescisória, será feito de uma única vez.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

3.2. 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:

- **Saldo de salário;**
- **13º salário;**
- **Férias vencidas;**
- **Férias proporcionais;**
- **Participação nos lucros;**
- **1/3 constitucional sobre férias vencidas e proporcionais;**
- **Salário-família;**
- **FGTS do mês anterior (depósito);**
- **FGTS da rescisão (depósito);**
- **Multas por descumprimento do contrato de trabalho nos termos previstos pela legislação trabalhistas;**
- **Danos Morais e Materiais decorrentes direta ou indiretamente do fato gerador do sinistro; e,**
- **Despesas ordinárias decorrentes do contrato de trabalho.**

CLÁUSULA 4^a - 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 5^a - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

5.1. No caso de Invalidez Permanente Total por Acidental, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatados e avaliados a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade Seguradora a Seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- Perda total da visão de ambos os olhos;
- Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- Perda total do uso de ambas as mãos;
- 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.

5.2. 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 6^a - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante, segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, e-mail ou outros meios de comunicação disponíveis 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, com informações completas sobre o ocorrido.

6.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto Cláusula 22^a das Condições Gerais, além dos documentos básicos apresentados, deverão ser apresentados os respectivos elementos, referentes 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.

g. Cópia da Convenção Coletiva de Trabalho ou similar, que demande o pagamento das verbas cobertas por essa cobertura

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 ou do(s) beneficiário(s) 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 - JUNTA MÉDICA

7.1. 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.

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

CLÁUSULA 8ª - CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

8.1. O seguro individual será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de Rescisão Trabalhista – RT-IPTA, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

CLÁUSULA 9ª - RATIFICAÇÃO

9.1. 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 1^a - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cláusula suplementar de Inclusão de Cônjuges, 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 2^a - DEFINIÇÃO

2.1. Cônjuges: é a(o) esposa(o) do segurado(a).

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

CLÁUSULA 3^a - CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Versão: 12/2025

4.1. Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar todos os riscos como excluídos definidos nas condições gerais e para cada cobertura especial contratada para o segurado Cônjugue.

CLÁUSULA 5^a - 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 6^a - 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 7^a - 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 8^a - RATIFICAÇÃO

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

Versão: 12/2025

www.berkley.com.br

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF

CLÁUSULA 1^a - 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 2^a - 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 3^a - CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice

e demais termos contidos na Cláusula 9^a **CAPITAL SEGURADO** das Condições Gerais.

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 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar todos os riscos definidos como excluídos nas condições gerais e para cada cobertura contratada para esta cláusula suplementar e pelo segurado principal.

CLÁUSULA 5^a - 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 6^a - 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 próprios filhos segurados.

CLÁUSULA 7^a - 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 8^a - RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF).

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cláusula e pagamento de prêmio correspondente garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em razão do nascimento de filho com vida, portador de doença congênita prevista nestas condições gerais, e que tenha sido diagnosticada na vigência do seguro exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, e do Contrato.

1.2. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, esta cobertura será incluída uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal para efeito desta cláusula suplementar.

CLÁUSULA 2^a - 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.

2.2. Doença Congênita: considera-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos e funcionais diagnosticados quando do nascimento com vida.

2.2.1. Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:

- Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;
- Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;
- Malformação da traqueia e dos pulmões;
- Malformação dos rins;
- Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
- Malformação dos órgãos sensoriais, exclusivamente visão e audição; e,



- Anomalias cromossomiais (Síndrome de Down e Síndrome de Turner).

CLÁUSULA 3^a - CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o capital segurado individual estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 9^a CAPITAL SEGURADO das Condições Gerais.

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 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 5^a - 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 6^a - 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 7^a - 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 8^a - INDENZAÇÃO

8.1. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.

CLÁUSULA 9^a - RATIFICAÇÃO

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