Sumário

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES 3
CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO 3
CLÁUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS 3
CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS 4
CLÁUSULA 5ª - ACEITAÇÃO DO SEGURO 5
CLÁUSULA 6ª - CAPITAL SEGURADO 6
CLÁUSULA 7ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA 7
CLÁUSULA 8ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS 7
CLÁUSULA 9ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO 7
CLÁUSULA 10ª - ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS 9
CLÁUSULA 11ª - BENEFICIÁRIOS 10
CLÁUSULA 12ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 10
CLÁUSULA 13ª - VIGÊNCIA DO SEGURO 12
CLÁUSULA 14ª - RENOVAÇÃO DA APÓLICE 12
CLÁUSULA 15ª - CANCELAMENTO DO SEGURO 12
CLÁUSULA 16ª - PERDA DE DIREITO 13
CLÁUSULA 17ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA 14
CLÁUSULA 18ª - ALTERAÇÃO CONTRATUAL 14
CLÁUSULA 19ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 14
CLÁUSULA 20ª - MULTA E MORA 15
CLÁUSULA 21ª - REGIME FINANCEIRO 15
CLÁUSULA 22ª - SUB-ROGAÇÃO 15
CLÁUSULA 23ª - DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO 15
CLÁUSULA 24ª - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO 16
CLÁUSULA 25ª - FORO 16
GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS 17
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (M) 20
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA) 22
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) 24
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) 28
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD) 31
ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD) 37

1º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS 37

2º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS 38

3º DOCUMENTO - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE 38

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - (DMHO-A) 39

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE (DIT-A) 41

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT-AD) 44

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE 47

(DIH-A) 47

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIH-AD) 50

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA GRAVE (DDG) 53

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE QUEIMADURA GRAVE (QG) 56

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-M 58

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-MA 60

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXILIO CESTA BÁSICA – AXCB-M 62

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXILIO CESTA BÁSICA – AXCB-MA 64

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXILIO EMERGENCIAL – AXE-M 66

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXILIO EMERGENCIAL – AXE-MA 68

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL 70

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-M 73

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-MA 75

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA - RT-IPTA 77

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC 80

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF 82

PARTE I

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS – CAPITAL GLOBAL

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;

1.2. Somente mediante entrega de proposta, preenchida e assinada pelo Segurado, por seu representante legal, ou corretor de seguros habilitado, o presente seguro poderá ser contratado, alterado, prorrogado ou renovado;

1.3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização;

1.4. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF;

1.5. Mediante a contratação deste seguro, somente serão consideradas como coberturas contratadas aquelas expressamente ratificadas na apólice, tornando-se nulas e sem efeitos quaisquer outras a seguir descritas.

1.6. Para as situações não previstas nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil;

1.7. Mediante a contratação deste seguro, o Segurado e/ou Estipulante aceitam as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

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

CLÁUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

3.1. 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.

3.2. COBERTURAS

3.2.1. As coberturas que poderão ser contratadas são as seguintes:

a. Morte Natural ou Acidental (M);
b. Morte Acidental (MA);
c. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
d. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
e. Invalidez Permanente Funcional por Doença (IFPD);
f. Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHO-A);
g. Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DIT-A);
h. Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença (DIT-AD);
i. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIH-A);
j. Diária por Internação Hospitalar de decorrente de Acidente e Doença (DIH-AD);
k. Diagnóstico de Doenças Graves (DDG);
l. Queimadura Grave (QG);
m. Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental – (AXF-M);
n. Auxílio Funeral – Morte Acidental – (AXF-MA);
o. Auxílio Cesta-Básica – Morte Natural ou Acidental – (AXCB-M);

p. Auxílio Cesta-Básica – Morte Acidental – (AXCB-MA);
q. Auxílio Emergencial – Morte Natural ou Acidental – (AXE-M);
r. Auxílio Emergencial – Morte Acidental – (AXE-MA);
s. Assistência Funeral:
- Individual
- Familiar
- Familiar Ampliado

t. Rescisão Trabalhista – Morte Natural ou Acidental – (RT-M);
u. Rescisão Trabalhista – Morte Acidental – (RT-MA);
v. Rescisão Trabalhista – Invalidez Permanente Total por Acidente – (RT-IPTA);

3.3. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES:

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

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

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

3.4.2. As coberturas contratadas estarão expressamente ratificadas na Apólice.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

a. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
b. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;
c. atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
d. 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. 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;
g. epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
h. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
i. tratamentos e procedimentos relativos à obesidade mórbida inclusive gastroplastia redutora, doenças congênitas, esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente pessoal;
j. 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;
k. qualquer tipo de hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;
l. de parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto
m. perda de dentes e danos estéticos;
n. procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;

o. ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.

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

CLÁUSULA 5ª - ACEITAÇÃO DO SEGURO

5.1. A celebração ou alteração deste Seguro somente poderá ser feita mediante proposta de contratação assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado.

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

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

I. Todos os funcionários constantes na GFIP.
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.

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

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

5.2. 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.

5.2.1. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

5.3. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação da proposta de contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

5.4. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 5.3. anterior.

5.4.1. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 5.3 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

5.5. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos no subitem 5.3 anterior serão suspensos, até que o ressegurador se manifeste formalmente sobre a aceitação.

5.5.1. Na hipótese prevista no subitem anterior, é vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.

5.6. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação da Seguradora nos prazos previstos acima caracterizará a aceitação tácita da proposta.

5.7. Em caso recusa do risco onde tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Estipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

5.8. A data de aceitação da proposta será aquela em que a Seguradora se manifestar formalmente ou a de término dos prazos previstos no subitem 5.3 anterior, nesta última hipótese, em caso de ausência de manifestação formal em contrário, por parte da Seguradora.

5.9. A Seguradora providenciará, obrigatoriamente, a emissão da apólice no início do contrato e nas renovações subsequentes.

CLÁUSULA 6ª - CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice.

6.2. Se a quantidade de segurados se alterar durante a vigência do Seguro, seja pela ocorrência de Sinistro ou pela movimentação de inclusão e exclusão, o Capital Individual será automaticamente ajustado rateando-se o Capital Global contratado de forma proporcional ao novo número de segurados, respeitando-se o limite máximo individual conforme especificado no Contrato.

6.3. Caso a empresa Estipulante deseja 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.

6.4. Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas do Seguro, que implique em ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

6.5. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:

a. Para a cobertura de Morte Natural ou Acidental (M); Auxilio Funeral – Morte Natural ou Acidental – (AXF-M); Auxílio Cesta-Básica – Morte Natural ou Acidental – (AXCB-M); Auxílio Emergencial – Morte Natural ou Acidental – (AXE-M); Rescisão Trabalhista – Morte Natural ou Acidental – (RT-M); Assistência Funeral (Individual, Familiar ou Familiar Ampliado): a data do falecimento.

b. Para a cobertura de Morte Acidental (MA); Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA); Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHOA); Queimadura Grave (QG); Auxilio Funeral – Morte Acidental – (AXF-MA); Auxílio Cesta-Básica – Morte Acidental – (AXCB-MA); Auxílio Emergencial – Morte Acidental – (AXE-MA); Rescisão Trabalhista – Morte Acidental – (RT-MA); Rescisão Trabalhista – Invalidez Permanente Total por Acidente – (RT-IPTA): a data do acidente.

c. Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença considera-se como data do evento, a data da constatação da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.

d. Para a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DITA) e Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença (DITAD): a data do afastamento, mediante comprovação por laudo médico.

e. Para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIHA), Diária por Internação Hospitalar de decorrente de Acidente e Doença (DIHAD);): A data da internação.

f. Para a cobertura de Diagnóstico de Doença Grave (DDG): a data do 1º (primeiro) diagnóstico da Doença, mediante a comprovação por laudo médico, conforme especificado nas Condições Especiais do seguro.

6.6. 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.

CLÁUSULA 7ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

7.1. Estarão cobertos os sinistros ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário, constante nos documentos do seguro, tais como, mas não se limitando a: Proposta de Contratação, Aditivos, entre outros.

CLÁUSULA 8ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS

8.1. FRANQUIA: Em caso de período de franquia estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, esta será definida na Apólice e estará devidamente especificado nas Condições Especiais.

8.2. CARÊNCIA: É o período contínuo, contado a partir da data de início de Vigência da Apólice ou do aumento do Capital Segurado por solicitação do Segurado/Estipulante, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.

8.2.1. 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.

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

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

CLÁUSULA 9ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO

9.1. Para fins deste Seguro, a forma de custeio será:

- **Não Contributário -** como seja, aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante.

9.2. 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.

9.3. 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.

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

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

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

9.4.2.1. 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 9.4.2. a data do primeiro vencimento gerado para parcela em atraso.

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

TABELA DE PRAZO CURTO

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

9.6. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

9.7. 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.

9.8. 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.

9.9. O estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que está possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição da correspondência de aviso de cancelamento.

9.10. 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.

9.11. 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. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ do grupo segurado para que esta possa ser implementada, sem prejuízo da faculdade da seguradora de rescindir o seguro, mediante comunicação aos segurados e ao estipulante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

9.12. O não pagamento do prêmio até a data de vencimento correspondente, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

CLÁUSULA 10ª - ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

10.1. É expressamente vedada a atuação como Estipulante deste Seguro:

a. Corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes; e
b. Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

10.2. A vedação estabelecida no subitem 10.1 anterior não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

10.3. Não é considerada estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo segurado e o consequente repasse em favor da Seguradora.

10.4. É expressamente vedado ao Estipulante:

a. cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
b. rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado;
c. efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
d. vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

10.5. São obrigações do Estipulante:

a. fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;
b. manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados;
c. fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
d. discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
e. repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
f. repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
g. discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
h. comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
i. dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
j. comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
k. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
l. informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.
m. comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

CLÁUSULA 11ª - BENEFICIÁRIOS

11.1. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

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

CLÁUSULA 12ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

12.1. Ocorrendo um evento coberto, para o recebimento da indenização, o Segurado 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:

12.1.1. Para todos os eventos:

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

DO SEGURADO

- RG (cópia autenticada);
- CPF (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento ou Casamento (cópia autenticada do documento atualizado);
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo com o Estipulante / Subestipulante seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo com o Estipulante / Subestipulante seja empregatício;
- GFIP – Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia e Tempo de Serviços e Informações da Previdência Social, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo com o Estipulante / Subestipulante seja empregatício;
- Cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre Estipulante / Subestipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- Cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre Estipulante / Subestipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- Comprovante de vínculo com o estipulante, para os casos que não haja vínculo empregatícios

DO(S) BENEFICIÁRIO(S)

- PAIS: RG e CPF (cópias autenticadas);
- CÔNJUGE: Certidão de Casamento, RG e CPF (cópias autenticadas);
- COMPANHEIRA: RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS (cópias autenticadas);
- Filhos: Certidão de Nascimento e RG, sendo que:

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

12.1.2. Além dos documentos acima, deverão ser encaminhados os documentos constantes da Cláusula das Condições Especiais, no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO da cobertura contratada causadora do evento.

12.1.3. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

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

12.2.1. 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 Guia de Recolhimento do FGTS relativo aos serviços prestados pelos mesmos.
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.

12.3. O pagamento de qualquer indenização devida relativa ao presente seguro será realizado sob a forma de parcela única ou renda nos termos definidos em cada cobertura contratada e será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados a cada cobertura e informações necessárias que possibilitem a regulação e liquidação comprovação do sinistro.

12.4. Fica reservado à Seguradora o direito de solicitar outros documentos, além dos básicos, no caso de dúvida fundada e justificável, que sejam necessários para regulação e liquidação do sinistro. Neste caso, será suspensa e reiniciada a contagem do prazo que trata o parágrafo anterior, a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

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

12.6. 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.

12.6.1. A junta médica de que trata o subitem anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

12.6.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

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

12.8. O Estipulante, Corretor, Segurado e/ou beneficiários deverão comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que tiver conhecimento.

12.9. 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.

12.10. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

12.11. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

12.12. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

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

12.13.1. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais das coberturas contratadas.

CLÁUSULA 13ª - VIGÊNCIA DO SEGURO

13.1. As apólices e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

13.2. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

13.3. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.

13.4. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, ou data posterior, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.

CLÁUSULA 14ª - RENOVAÇÃO DA APÓLICE

14.1. 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.

14.1.1. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa. A renovação que implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ do grupo segurado.

14.1.2. A renovação automática a que se refere o subitem 14.1 anterior não se aplica aos segurados, nos planos individuais, e estipulantes, nos planos coletivos, ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano.

14.2. O desinteresse em renovação da apólice deverá ser comunicado ao Segurado e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, (60) sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice. O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante e Segurado.

14.3. 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 15ª - CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

15.2. Nos demais casos, o cancelamento da apólice somente se dará quando expirar seu prazo de vigência, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 60 dias no caso de Seguros contratados com vigência mínima de 1 (Hum) ano ou 2 (dois) dias para os casos de contratação inferior a 1 (um) ano.

15.3. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, serão observadas as seguintes disposições:

a. a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

b. quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto disposta no Cláusula – PAGAMENTO DE PRÊMIO, subitem 9.5 anterior.

15.4. Se o segurado e/ou estipulante, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

15.4.1. Se houver por parte do segurado e/ou estipulante inexatidão ou omissão nas declarações, ainda que e não resultem de má-fé, a Seguradora terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença de prêmios.

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

CLÁUSULA 16ª - PERDA DE DIREITO

16.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

16.2. Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

I - na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a. cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

a. cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

16.3. O segurado perderá o direito ao pagamento do capital segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste seguro.

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

16.4.1. 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 periculosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé. A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado Cônjuge, quando incluído no Seguro.

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

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

CLÁUSULA 17ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA

17.1. 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.

17.2. 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.

17.3. 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 pelas coberturas decorrentes de Morte, ou por Invalidezes Permanente Total.

CLÁUSULA 18ª - ALTERAÇÃO CONTRATUAL

18.1. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

18.2. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

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

CLÁUSULA 19ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

19.1. O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do presente contrato é o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, ou outro que venha a substituí-lo.

19.1.1. A apuração do índice ora apresentado, terá uma defasagem de 60 dias, em função do tempo de divulgação do índice e das comunicações que devem ser feitas no processo de renovação.

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

19.3. Também não será aplicado atualização monetária para capitais que sejam resultantes de múltiplos de salário, os quais serão ajustados com base nos respectivos ajustes salariais.

CLÁUSULA 20ª - MULTA E MORA

20.1. Os valores relativos as obrigações legais pecuniárias decorrentes das operações derivadas do presente contrato sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE – Incide de Preços ao Consumidor Amplo/Função Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou outro que venha a substituí-lo, acrescidos, ainda, de multa de 2% não cumuláveis, calculados sobre o valor bruto, e de juros moratórios de 1/365 avos de 6%, para cada dia corrido de atraso e até a data do efetivo pagamento, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo legal fixado para o cumprimento da obrigação. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

CLÁUSULA 21ª - REGIME FINANCEIRO

21.1. Considerando-se que o plano de seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, exceto aqueles pagos a maior, por erro de cobrança da Seguradora, ou em caso de recusa da proposta de seguro em que o prêmio tenha sido pago antecipadamente.

21.2. O prêmio a ser restituído nas hipóteses do subitem anterior serão atualizados de IPCA/IBGE, ou outro índice que venha a substituí-lo.

CLÁUSULA 22ª - SUB-ROGAÇÃO

22.1. 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 23ª - DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

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

23.2. 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.

23.3. Quando da apuração, as receitas e as despesas serão atualizadas pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, o Índice que vier a substitui-lo, conforme abaixo:

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.

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

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

23.6. 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.

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

23.9**. Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice.**

CLÁUSULA 24ª - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1. As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e particulares e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.

CLÁUSULA 25ª - FORO

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

PARTE II

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

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

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

b. excluem-se desse conceito:
   i. as 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;
   ii. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
   iii. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
   iv. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, ora definido;
   v. acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
   vi. quaisquer 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 pessoal;
   vii. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
   viii. autolesões, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, voluntária e premeditada ou sua tentativa, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica; e
   ix. quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

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

3. APÓLICE: É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

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

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

6. CAPITAL SEGURADO: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

7. CAPITAL INDIVIDUAL – O Capital Individual é o valor obtido pela divisão do Capital Global pelo número de segurados ativos na apólice na data do sinistro.

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

9. CONDIÇÕES CONTRATUAIS: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato.

10. CONDIÇÕES GERAIS: É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante;

11. CONDIÇÕES ESPECIAIS: É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

12. CONTRATO: É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

13. 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.

14. ESTIPULANTE: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

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

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

17. 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.

18. INÍCIO DE VIGÊNCIA: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

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

20. NOTA TÉCNICA ATUARIAL: É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

21. PRÊMIO: É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

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

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

24. PROPONENTE: É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

25. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

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

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

28. SEGURO CONTRIBUTÁRIO: É quando os segurados são responsáveis pelo custeio do Seguro, total ou parcialmente.

29. SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: É quando o custeio do Seguro é de responsabilidade integral pelo Estipulante.

30. SINISTRO: É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

1.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

2.1. 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.

2.2. Para menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:
- **a.** Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;
- **b.** Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

4.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice, limitado à 2 (dois) anos e será contado a partir do início de vigência individual.

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

4.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado pelo Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

5.2.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Estipulante, seu representante ou o(s) beneficiário(s), da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

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

I. Morte Decorrente de Doença:

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

II. Morte Decorrente de Acidente:

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

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

a. Declaração original assinada pelo 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 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 2ª - OBJETIVO

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

CLÁUSULA 3ª - CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

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

3.3. 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 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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 - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

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

6.1.1. Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

7.1. 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, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

7.2. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

7.2.1. 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, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o ocorrido.

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

I. Morte Decorrente de Acidente:

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

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

a. Declaração original assinada pelo 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.

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

7.4.1. 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 8ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido ao Segurado, o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado contratado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, em consequência de acidente pessoal coberto.

1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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

1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

8.2. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª das Condições Gerais.

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

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

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

5.2. Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

CLÁUSULA 6ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	**% SOBRE CAPITAL SEGURADO**
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	**% SOBRE CAPITAL SEGURADO**
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento 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

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - CONTINUAÇÃO	
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	--- --- ---
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais de 4 (quatro) centímetros de 3 (três) centímetros menos de 3 (três) centímetros	 15 10 06 **sem pagamento**

6.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

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

6.3. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

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

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

7.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

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

- **a.** Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- **b.** Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- **c.** Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- **d.** Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- **e.** Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- **f.** Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados, acompanhados dos respectivos laudos médicos;

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

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

CLÁUSULA 8ª - JUNTA MÉDICA

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

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

CLÁUSULA 9ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

9.1. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

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

CLÁUSULA 10ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA

10.1. O segurado após o recebimento da indenização referente à cobertura **de Invalidez Total**, não poderá continuar participando do seguro, ainda que continue constando na GFIP.

CLÁUSULA 11ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido ao Segurado, o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado contratado, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, em caráter permanente, em consequência de acidente pessoal coberto.

1.2. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.

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

1.4. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 5ª - ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

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

5.1.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente total por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor indenizado por morte. Nestes casos, o beneficiário terá direito à indenização por morte, deduzidos os valores pagos pela invalidez permanente, mesmo se o seguro já estiver cancelado em razão da indenização por invalidez permanente total.

CLÁUSULA 6ª - CRITÉRIOS DE CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

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

a. Perda total da visão de ambos os olhos;
b. Perda total do uso de ambos os membros superiores;
c. Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
d. Perda total do uso de ambas as mãos;
e. Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
f. Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
g. Perda total do uso de ambos os pés; ou
h. Alienação mental total incurável.

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

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

6.4. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total.

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

7.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

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

a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
c. Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
d. Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
e. Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
f. Radiografias, Ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados;

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

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

CLÁUSULA 8ª - JUNTA MÉDICA

8.1. É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, 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 DA COBERTURA

9.1. O segurado após o recebimento da indenização referente à cobertura de invalidez total, não poderá continuar participando do seguro, ainda que continue constando na GFIP.

CLÁUSULA 10ª - RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de 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 1ª - 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 2ª - DEFINIÇÕES

2.1. Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):

2.1.1. Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

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

2.1.4. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o indivíduo obtenha renda.

2.1.5. Auxílio: ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.1.6. Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

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

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

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

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

2.1.11. Dados Antropométricos: peso e altura do indivíduo.

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

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

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

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

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

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

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

2.1.19. Doença do Trabalho: aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

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

2.1.21. 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.

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

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

2.1.24. Etiologia: causa de cada doença.

2.1.25. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favoreceu ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interage.

2.1.26. Hígido: Saudável

2.1.27. Médico Assistente: médico que está assistindo o Segurado ou que já tenha prestado assistência continuada.

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

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

2.1.30. Hígido: saudável

2.1.31. Médico Assistente: médico que está assistindo o Segurado ou que já tenha prestado assistência continuada

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

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

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

2.1.35. Refratariedade Terapêutica: incapacidade de o organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

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

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

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

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

CLÁUSULA 3ª - 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;
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.

3.3. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, 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 1° grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
II. Para a classificação no 2° ou no 3° 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.

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

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. 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 5ª - CAPITAL SEGURADO

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. 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.

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

CLÁUSULA 6ª - 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 7ª - CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

7.1. 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, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7.2. 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 no item "Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro" das Condições Gerais.

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

CLÁUSULA 8ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. 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).

8.2. 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 9ª - 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 10ª - 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 11ª - RATIFICAÇÃO

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	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de 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.	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais	**0**
	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.	**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 autosuficiência 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 quepossam 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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

a. estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
b. aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
c. reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos;
d. medicamentos prescritos relacionados ou não com a causa do evento causador da cobertura e adquiridos fora do ambiente hospitalar não serão reembolsados.
e. despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;
f. tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
g. cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
h. estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
i. tratamentos relacionados a doenças.

CLÁUSULA 4ª - PRESTADORES

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

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

5.1. FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de até 30% (trinta) por cento do valor da indenização.

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

CLÁUSULA 6ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

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

a. **Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);**
b. **Notas fiscais e outros comprovantes ORIGINAIS das despesas efetuadas pelo segurado;**
c. **Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;**
d. **Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;**
e. **Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;**
f. **Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos e os procedimentos realizados;**
g. **Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela**; e
h. **Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.**

6.4. As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais e demais documentos necessários a comprovação do acidente, descritos no manual de liquidação de sinistros.

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

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

CLÁUSULA 7ª - CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA

7.1. Possuindo o segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, a responsabilidade desta seguradora, nesta apólice, será igual a importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma delas.

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

CLÁUSULA 8ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

8.1. No caso de utilização do reembolso por esta cobertura, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

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

CLÁUSULA 9ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de acidente pessoal coberto, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice e o período de franquia.

1.2. A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.3. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

1.4. O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

a. **doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
b. **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
c. **tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
d. **tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;**
e. **tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;**
f. **doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;**
g. **infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imuno-deficiência adquirida (sida/aids);**
h. **doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;**
i. **doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide,**

osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer, doença de parkinson, entre outras.

j. **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 - 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, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

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

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

a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
c. Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
d. Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
e. Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
f. Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

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

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de causas naturais (doença) ou acidente pessoal cobertos, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice e o período de franquia.

1.2. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura e será paga de uma única vez.

1.3. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

1.4. O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

a. **lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;**
b. **lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.**
c. **entorses, distensões e contusões;**
d. **transtornos mentais e psiquiátricos;**
e. **acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;**
f. **lesões que não requerem atenção médica;**
g. **internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);**
h. **cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
i. **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
j. **acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;**

k. **tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;**
l. **gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.**

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

4.1. FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

4.1.1. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

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

4.4. Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

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

a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
b. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
c. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
d. cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
e. relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
f. comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
g. cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar
h. Exames médicos que estejam relacionados com o evento.

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

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

CLÁUSULA 6ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

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

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar, observado o período de franquia, em caso de eventos cobertos, decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez.

1.2. É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

1.3. A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

1.4. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização 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 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 limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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

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

a. tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
b. intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
c. acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
d. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
e. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
f. cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
g. estados de convalescença, após a alta médica;
h. tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
i. diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
j. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e

k. **quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.**

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

4.1. FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

4.1.1. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

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

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

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

a. **formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);**
b. **declaração do hospital constando nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado,descrição dos procedimentos, tratamentos ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;**
c. **relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;**
d. **notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;**
e. **boletim de Ocorrência policial, se for o caso, ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;**
f. **carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;**
g. **cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado; e**
h. **exames médicos que estejam relacionados com o evento.**

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

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

CLÁUSULA 6ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

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

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar, observado o período de franquia, em caso de eventos cobertos, decorrentes de causas naturais (doenças) e acidente pessoal cobertos, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez.

1.2. É vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

1.3. A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

1.4. A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização 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 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 limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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

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

a. tratamentos que possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório;
b. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
c. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
d. cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
e. estados de convalescença, após a alta médica;
f. tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
g. diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como: espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de 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 - 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, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

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

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

a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
b. cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
c. carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
d. cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
e. relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
f. comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
g. cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; e
h. exames médicos que estejam relacionados com o evento.

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

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

CLÁUSULA 6ª - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

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

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA GRAVE (DDG)

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 Miorcardio: 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.

1.3 Esta cobertura será contratada apenas para o 1º (primeiro) diagnostico 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 limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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

3.1. Além dos riscos excluídos mencionados no item 5 – 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 4ª - 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 Carência, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

5.1. 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.

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

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

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

a. **Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:**
b. **Para Câncer (neoplasia): Resultado do exame anatomopatológico;**
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.**
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.**

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

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

CLÁUSULA 6ª - JUNTA MÉDICA

6.1. 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.

6.2. 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.

6.3. 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.

6.3.1. 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 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 QUEIMADURA GRAVE (QG)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

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

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

1.3. Esta cobertura será contratada apenas para o 1º (primeiro) diagnostico de Queimadura Grave, 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 limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

a. Queimaduras decorrentes de auto-agressão.

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

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

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

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-M

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura 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 auxilio funeral, o capital segurado contratado relativo a 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 limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

4.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

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

4.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL – AXF-MA

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cobertura 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 auxilio funeral, o capital segurado contratado relativo a 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 limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 - 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, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

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

1.1.1. O pagamento poderá ser efetuado por meio de crédito em cartão-eletrônico, se estabelecido na Proposta de Contratação.

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 limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

4.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

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

4.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

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

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

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

1.1.1. O pagamento poderá ser efetuado por meio de crédito em cartão-eletrônico, se estabelecido na Proposta de Contratação.

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 limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

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

- **a.** Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- **b.** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- **c.** Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- **d.** Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- **e.** Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXILIO EMERGENCIAL – AXE-M

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

4.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

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

4.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXILIO EMERGENCIAL – AXE-MA

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

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

a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
b. Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
c. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
d. Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
e. Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

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

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

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

CLÁUSULA 6ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

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

CLÁUSULA 2ª - CAPITAL SEGURADO

2.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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.

2.7. Na hipótese de haver mais de um responsável pelo custeio do funeral, a indenização será feita para cada um dos responsáveis na proporção dos gastos devidamente comprovados e limitado ao valor do capital segurado desta cobertura.

2.8. Essa cobertura poderá ser contratada nas seguintes opções:

2.8.1. Assistência Funeral – Individual: Garante o reembolso ou os serviços de assistência exclusivamente para o Segurado Principal do seguro.

2.8.2. Assistência Funeral Familiar: Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu cônjuge e filhos.

2.8.3. Familiar Ampliado Garante o reembolso ou os serviços de assistência para o Segurado Principal do seguro, seu Cônjuge, Filhos, Pai, Mãe, Sogro e Sogra.

2.9. Para fins dessa cobertura, deve ser considerado:

I. Cônjuge: é a(o) esposa(o) do segurado(a)
a. O(a) companheiro(a) equipara-se ao cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.
II. Filhos – são considerados para fins desse seguro, o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda – IRPF.

CLÁUSULA 3ª - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

3.1. Os serviços passíveis de reembolso ou compreendidos nos serviços de assistência funeral são os seguintes:

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

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

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

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

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDO

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

a. roupas em geral;
b. anúncio em rádio ou jornal;
c. missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
d. xerox da documentação;
e. café, bebidas e refeições em geral;
f. compra de Jazigo ou similares;
g. confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
h. lápides e/ou gravações;
i. 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;
o. qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nestas condições.

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 6ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-M

CLÁUSULA 1ª - 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 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 limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

- **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 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

4.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

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

4.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 1ª - 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 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 limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

- **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 4ª - FRANQUIA/CARÊNCIA

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

CLÁUSULA 5ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

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

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

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

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

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

CLÁUSULA 1ª - 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 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 limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

- **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**
  a. • **Despesas ordinárias decorrentes do contrato de trabalho.**

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 - 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:

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.

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 6ª - 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, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

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

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

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

a. Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) 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 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 DA COBERTURA

8.1. O segurado após o recebimento da indenização referente à cobertura de Rescisão Trabalhista – RT-IPTA, não poderá continuar participando do seguro, ainda que continue constando na GFIP.

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 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cláusula suplementar de Inclusão de Cônjuge, poderá ser contratado as coberturas do seguro para o cônjuge do segurado principal.

1.2. Não pode participar desta cláusula suplementar, o cônjuge que faça parte do grupo segurado, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

1.3. São extensíveis ao cônjuge, somente as coberturas contratadas pelo segurado principal, respeitadas as restrições estabelecidas no contrato de seguro.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÃO

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

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

CLÁUSULA 3ª - CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 5ª - FORMA DE CONTRATAÇÃO

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

CLÁUSULA 6ª - BENEFICIÁRIO

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

CLÁUSULA 7ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

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

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

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

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

1.1. Mediante contratação desta cláusula suplementar de Inclusão de Filhos, poderá ser contratado as coberturas do seguro para os filhos do segurado principal.

1.1.1. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, é permitida somente a contratação de coberturas para o reembolso das despesas, devidamente comprovadas, observando-se que:

a. incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;

b. não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

1.2. São extensíveis aos filhos, somente as coberturas contratadas pelo segurado principal, respeitadas as restrições estabelecidas no contrato de seguro.

1.3. Não podem participar desta cláusula suplementar, os filhos que façam parte do grupo segurado, exceto se houver disposição em contrário no contrato de seguro.

1.4. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal para efeito desta cláusula suplementar.

CLÁUSULA 2ª - DEFINIÇÃO

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

CLÁUSULA 3ª - CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Individual será obtido pela divisão do Capital Global contratado, pelo número de componentes segurados da apólice, respeitando o limite máximo estabelecido para a apólice e demais termos contidos na Cláusula 6ª 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 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

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

CLÁUSULA 5ª - FORMA DE CONTRATAÇÃO

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

CLÁUSULA 6ª - BENEFICIÁRIO

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

CLÁUSULA 7ª - INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

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

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

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

PROCESSO SUSEP nº < >

Atendimento de Sinistro

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

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