STARR
INSURANCE COMPANIES

PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS – TAXA MÉDIA

STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.
PROCESSO SUSEP Nº 15414.900319/2017-07

Sumário

1. OBJETIVO DO SEGURO 6
2. DEFINIÇÕES 6
3. COBERTURAS DO SEGURO 11
4. RISCOS EXCLUÍDOS: 12
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 13
6. CARÊNCIA E FRANQUIA 14
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO 14
8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO 15
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 16
10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL 17
11. CAPITAL SEGURADO 17
12. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO 17
13. CUSTEIO DO SEGURO 18
14. PAGAMENTO DE PRÊMIO 18
15. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE 21
16. CANCELAMENTO DO SEGURO 22
17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL 23
18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO 23
19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO 24
20. JUNTA MÉDICA 27
21. PERÍCIA DA SEGURADORA 27
22. PERDA DE DIREITOS 28
23. BENEFICIÁRIOS 29
24. CONDIÇÕES DE EMBARGOS E SANÇÕES 30
25. ALTERAÇÃO DO SEGURO 31
26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO 31
27. PRESCRIÇÃO 31
28. FORO 31
COBERTURA DE MORTE – M 32
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - MA 33

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIME - MAC 35

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE TRANSPORTE COLETIVO - MATC 36

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - MAT 37

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA 39

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA - IPAM 44

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIME - IPAC 49

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM TRANSPORTE COLETIVO - IPATC 53

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - IPAT 57

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA 62

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD 65

COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA TOTAL E PERMANENTE POR DOENÇA - ILPD 73

COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL - DT 75

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES - DG 77

COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA - RT 80

COBERTURA DE DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS - DCF 81

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS - DMHO 83

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE - DIHA ... 85

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA - DIHAD 88

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – UTI – DIH-UTI-A 91

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA – UTI – DIH-UTI-AD 94

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO - DI 97

COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DITA 99

COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - DITAD 102

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - ITTA 105

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA-ITTAD 108

COBERTURA DE FRATURA DE OSSOS - ACIDENTE 112

COBERTURA DE QUEIMADURAS GRAVES 115
COBERTURA DE PERDA DE VISÃO POR DOENÇA - PVD 118
COBERTURA DE PERDA DE VISÃO POR ACIDENTE - PVA 120
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL - AXF 122
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE - AXF 125
COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA - AXCB 128
COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR ACIDENTE - AXCBA 130
COBERTURA DE AUXÍLIO NATALIDADE - AXN 132
COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL - AXE 134
COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL POR ACIDENTE - AXEA 135
COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA - CASAMENTO 136
COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA - DIVÓRCIO 137
COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA - GRADUAÇÃO 138
COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA – MUDANÇA DE RESIDÊNCIA 139
COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA – ADOÇÃO 140
COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO - AME 141
COBERTURA DE COMA 143
COBERTURA DE CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA EM CASO DE ACIDENTE 145
COBERTURA DE BENEFÍCIO POR AGRESSÃO CRIMINOSA OU CRIME VIOLENTO 147
COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA - DIA 152
COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA OU VEÍCULO POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE 153
COBERTURA DE LESÃO OCUPACIONAL – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) 154
COBERTURA DE LESÃO OCUPACIONAL – HEPATITE B OU C 156
COBERTURA DE RECICLAGEM PROFISSIONAL DO CÔNJUGE 158
COBERTURA DE RECICLAGEM PROFISSIONAL DO CÔNJUGE POR ACIDENTE 159
COBERTURA DE DESPESAS DE TREINAMENTO VOCACIONAL 160
COBERTURA DE DESPESAS DE TREINAMENTO VOCACIONAL POR ACIDENTE 161
COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS - IEFP 162
COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS POR ACIDENTE - IEFPA 164
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE - IC 166
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF 168

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO 170

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado ao próprio segurado ou ao seu beneficiário, em função da ocorrência de evento coberto pelas coberturas contratadas, indicadas na proposta de contratação e de adesão, durante o período de vigência do seguro e mediante o pagamento do prêmio correspondente, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

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

1.4. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a cobertura do seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos das condições contratuais.

1.5. 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.

1.6. As condições gerais e especiais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número do processo SUSEP constante nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

Para facilitar a compreensão dos termos técnicos utilizados nestas condições contratuais, incluímos uma relação com os principais termos utilizados, a qual passa a fazer parte integrante das condições contratuais.

2.1. **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:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5) 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 do conceito de ACIDENTE PESSOAL:

b.1) 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;

b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) 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; e

b.4) 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.

2.2. **APÓLICE:** é o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

2.3. **AUTÔNOMO:** é todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício e por conta própria e com assunção de seus próprios riscos.

2.4. **BENEFICIÁRIO:** é a pessoa física ou jurídica designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.5. **CAPITAL SEGURADO:** é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.

2.6. **CARÊNCIA:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados. Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

2.7. **CERTIFICADO INDIVIDUAL:** É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes ao capital segurado ou prêmio.

2.8. **COBERTURAS:** são as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.

2.9. **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, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

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

2.11. **CONDIÇÕES ESPECIAIS**: é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.12. **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.

2.13. **CORRETOR:** é a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas.

2.14. **CRIME:** para efeito de cobertura por este seguro, são os eventos contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, que tenham como resultado a morte ou a invalidez permanente do Segurado.

2.15. **DECLARAÇÃO MÉDICA:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico do segurado ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.16. **DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE:** é o documento em que o proponente, pessoa física, presta informações relacionadas às suas condições de saúde e/ou de atividades exercidas, e que serão levadas em consideração pela seguradora para avaliação do risco e na regulação de evento coberto.

2.17. **DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA**: é o valor contratado pelo segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade temporária.

2.18. **DOENÇA:** distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o segurado esteja recebendo tratamento médico.

2.19. **DOENÇA CRÔNICA:** doença caracterizada pela sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo de forma satisfatória aos procedimentos terapêuticos.

2.20. **DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL:** é 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.

2.21. **DOENÇA PREEXISTENTE:** é toda doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta, inclusive as congênitas, que o segurado saiba ser portador ou sofredor à época da contratação do seguro.

2.22. **DOENÇA PROFISSIONAL**: Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

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

2.24. **ESTIPULANTE:** é a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor

2.25. **EVENTO COBERTO:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas.

2.26. **EXCEDENTE TÉCNICO:** é o saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

2.27. **FRANQUIA:** pode ser definida como um percentual do capital segurado da cobertura ou um valor fixo, correspondente a participação do segurado nas despesas indenizáveis decorrentes de sinistros cobertos, ou, ainda, um período em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

2.28. **GRUPO SEGURADO:** é o conjunto de pessoas físicas do grupo segurável, efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

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

2.30. **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.**

2.31. **INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA**: é incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

2.32. **INDENIZAÇÃO:** é o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

2.33. **MÉDICO:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. O médico assistente, para efeito de comprovação da cobertura do sinistro **não poderá ser o próprio segurado, cônjuge, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado**.

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

2.35. **PASSAGEIRO**: é o Segurado que esteja a bordo de transporte coletivo público, desde que não seja na condição de tripulante. No caso de transporte aéreo, exclusivamente em voos de linhas regulares comerciais devidamente concedidas e aprovadas pelo Departamento de Aviação Civil – DAC ou Autoridade Internacional competente.

2.36. **PERDA DE RENDA**: quando o segurado, em decorrência de incapacidade física total e temporária, passa a não receber qualquer forma de renda oriunda de sua atividade profissional.

2.37. **PRÊMIO:** é o valor pago à seguradora para que esta assuma os riscos cobertos pelo seguro.

2.38. **PROFISSIONAL AUTÔNOMO E/OU LIBERAL:** para fins deste seguro, são os profissionais que exerçam atividades sem qualquer vínculo empregatício, não registrados de acordo com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), e que mantenham um vínculo através de contrato de prestação de serviços ou documento contábil comprobatório do exercício da atividade profissional.

2.39. **PROPONENTE:** é o interessado em contratar as coberturas do seguro.

2.40. **PROPOSTA DE ADESÃO:** é o documento, emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o proponente, pessoa física expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, nele manifestando pleno conhecimento das condições gerais e especiais do seguro.

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

2.42. **RISCO**: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

2.43. **RISCO COBERTO**: risco previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a indenização do seguro.

2.44. **RISCOS EXCLUÍDOS**: eventos preestabelecidos nas condições gerais e especiais do seguro, que isentam a seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.

2.45. **SEGURADO**: é a pessoa física sujeita ao risco.

2.46. **SEGURADO DEPENDENTE**: é o cônjuge ou o filho do segurado principal incluído no seguro por meio das cláusulas suplementares.

2.47. **SEGURADO PRINCIPAL**: é pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal ou de terceiros.

2.48. **SEGURADORA:** é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, que nos termos destas condições gerais é a **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**

2.49. **SINISTRO:** é a ocorrência do evento coberto durante a vigência do seguro.

2.50. **TRANSPORTE COLETIVO PÚBLICO:** é qualquer aeronave, ônibus, navio, trem ou qualquer outro meio de transporte que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem, desde que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

2.51. **VIGÊNCIA DO SEGURO:** é o período de tempo fixado para validade do seguro, durante o qual a apólice de seguro está em vigor.

2.52. **VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL:** é o período estabelecido no certificado individual em que o segurado está coberto pelas coberturas do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As coberturas deste seguro são as mencionadas a seguir, e estão descritas nas respectivas condições especiais:

- Morte - M
- Morte Acidental - MA
- Morte Acidental decorrente de Crime - MAC
- Morte Acidental decorrente de Transporte Coletivo - MATC
- Morte Acidental decorrente de Acidente de Trânsito - MAT
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada - IPAM
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Crime - IPAC
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo - IPATC
- Invalidez Permanente Total ou Parcial decorrente de Acidente de Trânsito - IPAT
- Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD
- Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença - ILPD
- Doença Terminal - DT
- Doenças Graves – DG
- Rescisão Trabalhista – RT
- Doenças Congênitas de Filhos – DCF
- Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas – DMHO
- Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente – DIHA
- Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença – DIHAD
- Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente - UTI – DIH-UTI-A
- Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença - UTI – DIH-UTI-AD
- Desemprego Involuntário - DI
- Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DITA
- Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença – DITAD
- Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente - ITTA
- Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença – ITTAD
- Fratura de Ossos – Acidente
- Queimaduras Graves
- Perda de Visão por Doença - PVD
- Perda de Visão por Acidente - PVA
- Auxílio Funeral – AXF
- Auxílio Funeral por Acidente - AXFA
- Auxílio Cesta-Básica – AXCB
- Auxílio Cesta-Básica por Acidente – AXCBA

- Auxílio Natalidade – AXN
- Auxílio Emergencial – AXE
- Auxílio Emergencial por Acidente – AXEA
- Eventos da Vida – Casamento
- Eventos da Vida – Divórcio
- Eventos da Vida – Graduação
- Eventos da Vida – Mudança de Residência
- Eventos da Vida – Adoção
- Auxílio Medicamento - AME
- Coma
- Cirurgia Plástica Estética em Caso de Acidente
- Benefício por Agressão Criminosa ou Crime Violento
- Despesas com Assistência à Infância - DIA
- Adaptação de Casa ou Veículo por Invalidez Permanente por Acidente
- Lesão Ocupacional - Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)
- Lesão Ocupacional - Hepatite
- Reciclagem Profissional do Cônjuge
- Reciclagem Profissional do Cônjuge por Acidente
- Despesas de Treinamento Vocacional
- Despesas de Treinamento Vocacional por Acidente
- Indenização Especial de Filhos Póstumos - IEFP
- Indenização Especial de Filhos Póstumos por Acidente - IEFPA

3.2. Cláusulas suplementares

- Inclusão de Cônjuge – IC
- Inclusão de Filhos – IF

3.3. As coberturas poderão ser contratadas livremente, respeitando-se as conjugações de planos estabelecidas no contrato de seguro. As cláusulas suplementares estarão vinculadas às coberturas contratadas para o segurado principal.

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS:

4.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA DE:**

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta de adesão;

d) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência do certificado de seguro ou de sua recondução depois de suspenso;

e) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;

f) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;

g) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;

h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

j) ato terrorista ou relacionado a ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro;

k) eventos ocorridos antes da contratação do seguro ou durante o período de carência da cobertura, ainda que manifestado durante a sua vigência;

l) acidentes em que o segurado seja o condutor do veículo, e seja comprovado que o segurado estava sob efeito de álcool e/ou entorpecentes;

m) autolesão voluntária e premeditada ou sua tentativa;

n) viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronave furtada ou dirigida por pilotos não legalmente habilitados;

o) riscos garantidos por coberturas não contratadas.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminada nas condições contratuais do seguro.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. É facultada a fixação de carência para as coberturas deste seguro, desde que estabelecidas nas condições contratuais e constantes do Certificado Individual.

6.1.1. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, 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.

6.1.2. O período de carência será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual.

6.1.3. Para a cobertura Auxílio Natalidade – AXN haverá um prazo de carência mínimo de 9 meses a contar do início de vigência da cobertura, ou de sua recondução depois de suspenso.

6.1.4. A seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico.

6.1.5. O prazo de carência também será aplicado aos aumentos de capital segurado, após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.

6.1.6. Caso o grupo segurado seja transferido de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, desde que mantidas as mesmas características.

6.2. As coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas – DMHO, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente – DIHA, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença – DIHAD, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente - UTI – DIH-UTI-A, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença - UTI – DIH-UTI-AD, Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DITA, Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença – DITAD, Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente – ITTA e Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença – ITTAD estão sujeitas às franquias definidas nas condições contratuais e constantes do Certificado Individual.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. O contrato e a proposta de contratação deverão ser assinados obrigatoriamente pelo estipulante e/ou seu representante legal.

7.2. A seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da proposta de contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da seguradora, o seguro será considerado aceito.

7.3. A seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da proposta de contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.

7.4. A não aceitação da proposta de contratação, por parte da seguradora, será comunicada por escrito ao estipulante e implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que vier a substituí-lo.

7.5. Durante o período compreendido entre a data da recepção do Prêmio, pago antecipadamente pelo estipulante, até a data da formalização da recusa da proposta de contratação, haverá garantia pelo seguro.

8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

8.1. A inclusão individual deverá ser realizada mediante proposta de adesão assinada pelo proponente. As condições gerais e especiais deste seguro deverão estar à disposição dos proponentes e segurados.

8.1.1. A adesão ao seguro também poderá ser feita por meios remotos, ou seja, por meio de login e senha ou certificado digital, necessariamente pré-cadastrados pelo proponente ou seu representante legal em ambiente seguro, ou por tecnologia de identificação biométrica. Quando intermediada por corretor, a contratação implicará no fornecimento de login e senhas individualizadas para o corretor e para o proponente.

8.1.1.1. A seguradora enviará ao proponente ou seu representante legal, pelo meio remoto utilizado, os protocolos e as demais informações previstas na legislação e regulamentação em vigor.

8.1.1.2. O segurado terá garantida a possibilidade de imprimir o Certificado Individual ou, mediante solicitação verbal à seguradora a qualquer tempo, o fornecimento de sua versão física.

8.1.1.3. Na contratação por meios remotos, o proponente poderá desistir do seguro no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da formalização da proposta de adesão mediante requerimento físico entregue junto à seguradora, ou ainda por meios remotos com o fornecimento de protocolo. Se o proponente exercer o direito de arrependimento previsto nesta cláusula, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos de imediato, respeitado o meio de pagamento utilizado pelo proponente, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela seguradora e expressamente aceitos pelo segurado.

8.2. Serão incluídos no seguro somente os segurados titulares e seus dependentes, conforme autorização na proposta de adesão, desde que observadas as condições de aceitação determinadas no contrato de seguro e nestas condições gerais.

8.3. Poderão ser incluídas no seguro as pessoas pertencentes ao grupo segurável que não estiverem afastadas do trabalho na data fixada para início do respectivo risco individual por motivo de doença ou acidente.

8.4. A seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da proposta de adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do Proponente no seguro.

8.5. A seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item

anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela seguradora das informações adicionais.

8.6. É facultado à seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente quanto à contratação de outros seguros com coberturas concomitantes.

8.7. Decorrido o prazo estipulado no item 8.4 sem que tenha havido manifestação da seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

8.8. Caso a proposta de adesão não seja aceita pela seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo Prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que venha a substituí-lo. Para atualização do prêmio será considerado o período desde a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa. Neste período o proponente estará coberto pelo seguro.

8.9. Os segurados que se aposentarem durante a vigência da apólice, e desde que não tenham sido beneficiados pela Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD ou pela cobertura de Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença - ILPD, podem ser mantidos no seguro, desde que previsto em contrato, com o devido pagamento do prêmio, sem redução de seu capital segurado.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. O início de vigência da apólice será estabelecido na proposta de contratação.

9.1.1. O início e término de vigência da apólice de seguro será a 24:00 (vinte e quatro) hora das datas indicadas.

9.1.2. O prazo de vigência da apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente. A cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice ou do respectivo certificado individual, se este não for renovado.

9.2. A apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o estipulante ou a seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de vigência da apólice.

9.2.1. A renovação automática só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do estipulante, dos segurados e da seguradora.

9.2.2. **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, exclusivamente**.

9.3. Caso a seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o estipulante com 60 (sessenta) dias de antecedência do final de vigência da apólice.

10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

10.1. A seguradora emitirá e enviará o certificado individual do seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

10.1.1. **Nos casos de adesão por meios remotos, a seguradora disponibilizará o certificado individual para impressão ou "download" do documento pelo Cliente.**

10.2. O início e o término de vigência do seguro, às 24:00 (vinte e quatro) hora das datas indicadas, desde que o Proponente seja aceito, será estabelecido contratualmente e especificado no certificado individual.

10.3. Os seguros cujas propostas sejam recepcionadas sem o adiantamento do pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data da aceitação da proposta de adesão ou em data distinta, desde que expressamente acordada no contrato.

10.4. Os seguros cujas propostas sejam 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 de adesão pela sociedade seguradora.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. Os capitais segurados de cada uma das coberturas contratadas serão aqueles definidos no contrato e/ou na proposta de adesão, e constarão do certificado individual.

11.2. O capital segurado corresponde à importância máxima vigente na data do evento a ser paga pela seguradora, na ocorrência de evento coberto, e será expresso em moeda corrente nacional.

12. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

12.1. Os valores dos prêmios e dos capitais segurados serão reajustados anualmente na data de aniversário do seguro, com base na variação salarial praticada no período ou atualizados monetariamente, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.

11.1.1. Para efeito de atualização monetária poderá ser utilizada a variação anual acumulada do Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE, observada até o mês que antecede ao do aniversário do seguro, ou de outro índice calculado com base na variação de fatores objetivos indicados no contrato de seguro.

11.1.2. Os capitais segurados custeados mediante o pagamento de prêmio único ou anual serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data da ocorrência do evento gerador.

11.1.3. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

12.2. Os seguros com vigência igual ou inferior a um ano não terão atualização de valores.

13. CUSTEIO DO SEGURO

13.1. Para fins deste seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:

a) **não contributário:** aquele em que os segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao estipulante;

b) **contributário:** aquele em que os segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

14. PAGAMENTO DE PRÊMIO

14.1. Para garantir o direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento.

14.2. O pagamento dos prêmios poderá ser feito em parcela única, de forma periódica (mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual) ou de forma parcelada, conforme definido no contrato e no certificado individual.

14.3. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas.

14.4. Se um eventual sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

14.5. **No caso de seguro contributário, 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**.

14.6. **No caso de seguro contributário, e pagamento de forma periódica (mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual), decorrido o prazo de pagamento das demais parcelas após a primeira sem que tenha sido quitado o respectivo débito ou documento de cobrança, a cobertura do seguro será automaticamente suspensa pelo período de atraso, até um período máximo de 60 (sessenta) dias, sendo cancelado o prêmio proporcional ao período da suspensão. Se ocorrer um sinistro, o segurado e/ou beneficiários ficarão sem direito a receber indenização por quaisquer das coberturas contratadas.**

14.6.1. **Findo o prazo de suspensão sem que seja retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do seguro.**

14.6.2. **A reabilitação do seguro se dará a partir das 24h00 (vinte e quatro horas) da data em que o segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.**

14.6.3. **Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando o período, "pro-rata-temporis", em que vigorou a cobertura.**

14.7. Quando houver parcelamento com juros, estará garantida ao Segurado a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

14.8. **Nos casos de parcelamento do prêmio, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base a tabela abaixo. Para percentuais não previstos na tabela deverá ser aplicado o percentual imediatamente superior.**

Relação % entre a Parcela do Prêmio Paga e o Prêmio Total	Fração a ser aplicada sobre a vigência original (correspondente ao Prêmio Total)
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365

Relação % entre a Parcela do Prêmio Paga e o Prêmio Total	Fração a ser aplicada sobre a vigência original (correspondente ao Prêmio Total)
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

14.8.1. A Seguradora, obrigatoriamente, informará ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.

14.8.2. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da cobertura.

14.8.3. **Findo o prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, ou no caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de curto prazo não resulte em alteração do prazo de vigência, o seguro será cancelado de pleno direito.**

14.9. **No caso de seguro não contributário, o não pagamento da primeira parcela de prêmio na data de vencimento implicará o cancelamento automático do contrato de seguro e da apólice, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.**

14.10. **No caso de seguro não contributário, 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.**

14.10.1. Em havendo parcelas de prêmio não pagas, o recebimento pela seguradora de qualquer valor referente ao prêmio do seguro não implicará em novação ou renúncia de direito, permanecendo o estipulante em mora desde a data do vencimento da parcela não paga mais antiga.

14.10.2. **Se o estipulante permanecer inadimplente (não efetuar o pagamento) por período superior ao estabelecido no contrato de seguro, a apólice será cancelada.**

14.11. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

14.11.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

14.12. Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando, de forma proporcional, a parte correspondente ao período em que vigorou a cobertura

14.13. **De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do seguro, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.**

14.14. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

14.15. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.

14.16. Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado e/ou pelo estipulante, por meio de ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido nas condições contratuais. Outra forma de pagamento poderá ser definida mediante acordo entre seguradora e estipulante e deverá constar do contrato.

14.17. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora poderá delegar ao estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas nas condições contratuais. O não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante não poderá prejudicar o segurado.

14.18. É expressamente vedado ao estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

14.19. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o estipulante ou subestipulante não poderá interromper o recolhimento, salvo nos casos de cancelamento da apólice ou do certificado individual, de perda do vínculo empregatício ou por solicitação por escrito do segurado. Nesses casos, se o segurado optar por continuar com a cobertura do seguro, deverá assumir o custeio integral das respectivas coberturas.

14.20. 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, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento. Para as demais formas de pagamento acordadas entre estipulante e seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no contrato.

14.21. No caso de contratação do seguro por meios remotos, a seguradora enviará as informações sobre vencimentos das parcelas, atrasos e confirmação de pagamento pelo meio escolhido pelo segurado. A confirmação de quitação do primeiro pagamento com a utilização de meios remotos servirá, também, como prova da efetiva contratação ou renovação do seguro.

14.22. 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.

15. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

15.1. **Constituem obrigações do estipulante:**

I. Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

II. Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

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

IV. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução CNSP nº 107, quando este for de sua responsabilidade;

V. Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

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

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

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

IX. Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

X. Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

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

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

XIII. Deverão ser estabelecidos, em contrato específico firmado entre a seguradora e o estipulante, os deveres de cada parte em relação à contratação do seguro, nos termos desta cláusula.

15.2. **É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante, nos seguros contributários:**

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

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

III. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e

IV. Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. **A apólice de seguro ficará automaticamente cancelada na hipótese de falta de pagamento do prêmio, conforme itens 14.9 e 14.10. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do inadimplemento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.**

16.2. **A apólice poderá ser cancelada a qualquer época, por mútuo e expresso consenso entre o estipulante e a seguradora.**

16.2.1. **Em caso de seguros contributários, a efetivação do cancelamento poderá ocorrer somente mediante a anuência prévia e expressa de ¾ (três quartos) do grupo segurado.**

16.3. No caso de cancelamento do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 14.8.

16.3.1. Neste caso, o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

16.3.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

16.4. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

17.1. **Na falta de pagamento do prêmio, conforme itens 14.5, 14.6, 14.8, 14.9 e 14.10 destas condições gerais, o seguro será cancelado automaticamente pela seguradora.**

17.2. **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente, de pleno direito, ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.**

17.3. **A cobertura do segurado cessa, ainda:**

a) **com o falecimento do segurado;**

b) **com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, salvo disposição em contrário no contrato de seguro;**

c) **com o recebimento de uma indenização por invalidez permanente total em qualquer cobertura, pelo diagnóstico de doença terminal, pelo primeiro diagnóstico de doença grave coberta ou por perda de visão por doença ou acidente, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados monetariamente; ou**

d) **quando o segurado solicitar sua exclusão do seguro ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.**

18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

18.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado, beneficiário ou seu representante.

18.2. Para o Aviso de Sinistro, o beneficiário ou o próprio segurado, deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) **Do segurado:**

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

- Comprovante de residência com referência nominal ao Segurado;
- Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo Segurado ou seu beneficiário;
- Declaração de Herdeiros.

b) **Do(s) beneficiário(s):**

- Pais: RG, CPF e comprovante de residência (cópias autenticadas);
- Cônjuge: Certidão de Casamento, RG, CPF e comprovante de residência (cópias autenticadas);
- Companheira (o): RG, CPF, comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS e comprovante de residência (cópias autenticadas);
- Filhos: Certidão de Nascimento, RG e comprovante de residência, 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.

c) Autorização para pagamento da indenização por meio de crédito em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora).

18.3. **Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das condições especiais das coberturas contratadas.**

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

19.1. As indenizações referentes a este seguro serão efetuadas no Brasil em moeda nacional e parcela única ao Segurado, salvo disposição em contrário nas condições especiais da cobertura.

19.2. As despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do Segurado, com exceção dos exames solicitados pela Seguradora, ou de providências pela mesma determinada. Os encargos de tradução ficarão a cargo da Seguradora.

19.3. **As indenizações devidas pelo falecimento do Segurado e por invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se depois de indenizada uma invalidez permanente verificar-se o falecimento do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo falecimento deduzida da importância total já paga pela invalidez permanente.**

19.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o recebimento da comunicação do evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

19.5. O pagamento de indenização por uma cobertura não significa o reconhecimento da cobertura por qualquer outra cobertura envolvendo o mesmo evento gerador.

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

I- para as coberturas Morte - M, Rescisão Trabalhista – RT, Auxílio Funeral – AXF, Auxílio Cesta Básica – AXCB, Auxílio Emergencial – AXE, Reciclagem Profissional do Cônjuge, Despesas de Treinamento Vocacional e Indenização Especial de Filhos Póstumos - IEFP: **a data do falecimento do segurado**;

II- para as coberturas que Morte Acidental - MA, Morte Acidental decorrente de Crime – MAC, Morte Acidental decorrente de Transporte Coletivo – MATC, Morte Acidental decorrente de Acidente de Trânsito – MAT, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada – IPAM, Invalidez Permanente por Acidente decorrente de Crime – IPAC, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo – IPATC, Invalidez Permanente Total ou Parcial decorrente de Acidente de Trânsito – IPAT, Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA, Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas – DMHO, Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DITA, Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente – ITTA, Fratura de Ossos – Acidente, Queimaduras Graves, Perda de Visão por Acidente - PVA, Auxílio Funeral por Acidente – AXFA, Auxílio Cesta Básica por Acidente – AXCBA, Auxílio Emergencial por Acidente – AXEA, Coma, Cirurgia Plástica Estética em Caso de Acidente, Benefício por Agressão Criminosa ou Crime Violento, Adaptação de Casa ou Veículo por Invalidez Permanente por Acidente, Reciclagem Profissional do Cônjuge por Acidente, Despesas de Treinamento Vocacional por Acidente e Indenização Especial de Filhos Póstumos por Acidente - IEFPA: **a data do acidente**;

III- para as coberturas Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD, Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença – ILPD e Doença Terminal: **a data da declaração médica**;

IV- para a cobertura de Doenças Graves - DG: **a data do primeiro diagnóstico de uma das doenças graves cobertas**.

V- para a cobertura Doenças Congênitas de Filhos – DCF: **a data do diagnóstico**.

VI- para as coberturas Perda de Visão por Doença - PVD, Lesão Ocupacional - Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Lesão Ocupacional - Hepatite: **a data do diagnóstico da doença**;

VII- para as coberturas Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente – DIHA, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença – DIHAD, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente - UTI – DIH-UTI-A, Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença - UTI – DIH-UTI-AD e Despesas com Assistência à Infância - DIA: **a data da internação do segurado por determinação médica.**

VIII- para a cobertura Desemprego Involuntário - DI: **a data do rompimento do vínculo empregatício indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho**.

IX- para as coberturas Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença – DITAD e Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença – ITTAD: **a data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, por orientação médica, comprovado por atestado médico**.

X- para a cobertura de Auxílio Natalidade – AXN: **a data do nascimento do filho**.

XI- Para a cobertura de Eventos da Vida – Casamento: **a data do casamento oficial do segurado ou da celebração do contrato matrimonial**.

XII- para a cobertura de Eventos da Vida – Divórcio: **a data da averbação do divórcio ou da certidão de escritura pública que comprove o divórcio ou separação do segurado**.

XIII- para a cobertura de Eventos da Vida – Graduação: **a data da conclusão do curso de 3º grau constante do certificado de conclusão de curso ou de outro documento comprobatório**.

XIV- para a cobertura de Eventos da Vida – Mudança de Residência: **a data da realização da mudança de residência**.

XV- para a cobertura de Eventos da Vida – Adoção: **a data da adoção**.

XVI- para a cobertura de Auxílio Medicamento - AME: **a data da realização da despesa**.

19.7. O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nestas condições gerais e Especiais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

19.8. Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito à aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

19.9. Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos à atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.

16.9.1. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação.

16.9.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

19.10. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do seguro.

19.11. Caso as coberturas previstas por este seguro se extinguem pela ocorrência de um eventual sinistro, e havendo cobrança e/ou pagamento de prêmio após a data de aviso do sinistro, os valores de prêmios pagos serão devolvidos devidamente atualizados conforme item 14.11.

19.12. No caso de beneficiários menores de idade, a indenização será paga conforme indicado a seguir:

19.12.1. pessoas de idade inferior a 16 (dezesseis) anos: a indenização será paga, em nome do menor, ao representante legalmente constituído;

19.12.2. pessoas de idade de 16 (dezesseis) a 18 (dezoito) anos, exclusive: a Indenização será paga ao menor, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

19.13. Possuindo o Segurado mais de um seguro, garantindo alguma das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas indenizáveis pelo seguro, a responsabilidade da Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para a cobertura em todos os seguros em vigor na data do sinistro.

20. JUNTA MÉDICA

20.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

20.2. 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.

20.3. 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.

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

20.5. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

21. PERÍCIA DA SEGURADORA

21.1. Em todas as notificações de internação hospitalar poderão ser realizadas perícias médicas comprobatórias do enquadramento do evento e do número de dias de internação hospitalar, e análise das despesas médico-hospitalares.

21.2. O segurado, ao propor a contratação do seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar, ou hospitalar, requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

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

22. PERDA DE DIREITOS

22.1. **O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente seguro quando:**

a) **deixar de cumprir as obrigações convencionadas nas condições gerais e especiais do seguro;**

b) **agravar intencionalmente o risco segurado;**

c) **por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente seguro;**

d) **fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:**

I- **na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;**

II- **na hipótese de ocorrência de sinistro, sem indenização integral: 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, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado;**

III- **na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.**

e) **deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;**

f) **deixar de participar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências;**

g) **o sinistro decorrer de dolo do segurado, má fé, fraude e/ou simulação.**

22.2. **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.**

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

22.4. **Na hipótese de continuidade do seguro, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.**

23. BENEFICIÁRIOS

23.1. A indicação do beneficiário para as coberturas Morte - M, Morte Acidental – MA, Morte Acidental decorrente de Crime – MAC, Morte Acidental decorrente de Transporte Coletivo – MATC, Morte Acidental decorrente de Acidente de Trânsito – MAT, Auxílio Cesta Básica – AXCB, Auxílio Cesta Básica por Acidente – AXCBA, Auxílio Emergencial – AXE, Auxílio Emergencial por Acidente – AXEA, Benefício por Agressão Criminosa ou Crime Violento, Reciclagem Profissional do Cônjuge por Acidente, Despesas de Treinamento Vocacional, Despesas de Treinamento Vocacional por Acidente, e Indenização Especial de Filhos Póstumos – IEFP e Indenização Especial de Filhos Póstumos por Acidente – IEFPA, é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusão, alteração ou exclusão a qualquer tempo mediante solicitação por escrito.

20.1.1. No caso da cobertura Benefício por Agressão Criminosa ou Crime Violento, a indicação de beneficiário é válida apenas para os eventos que resultem no falecimento do segurado, no demais eventos cobertos o beneficiário é o próprio segurado.

20.1.2. Se houver a indicação de mais de um beneficiário, o segurado deverá estipular, no momento da nomeação, o percentual da indenização que será destinado a cada um.

21.1.3. Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o saldo de capital segurado ao antigo beneficiário designado.

21.1.4. Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

21.1.5. Na falta de indicação expressa do beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei:

a) Para segurado casado ou em união estável, 50% ao cônjuge ou companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei, se houver, e 50% aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária;

b) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei;

c) Na falta do cônjuge ou companheiro (a), devidamente reconhecido (a) na forma da lei, será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária;

d) Na falta de cônjuge, companheiro (a) devidamente reconhecido (a) na forma da lei, e de herdeiros legais, respeitada a ordem de vocação hereditária, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

23.2. O beneficiário para as coberturas Auxílio Funeral – AXF e Auxílio Funeral por Acidente – AXFA, até o valor do capital segurado, é o responsável pelo pagamento das despesas com o funeral do segurado.

23.3. O beneficiário da cobertura Rescisão Trabalhista - RT é a pessoa jurídica, designada expressamente no contrato de seguro, com a qual o segurado mantenha vínculo empregatício

23.4. Para as demais coberturas não listadas nos itens anteriores, o beneficiário é o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com esta cláusula beneficiária.

24. CONDIÇÕES DE EMBARGOS E SANÇÕES

24.1. DEFINIÇÃO

24.1.1. **EMBARGOS E SANÇÕES:** significa listas e/ou medidas que imponham restrição, proibição ou sanção contra jurisdições, pessoas físicas ou jurídicas ou bens e materiais, impedindo ou restringindo celebração de operações comerciais ou financeiras, em razão do combate à lavagem de dinheiro, ao financiamento ao terrorismo e a outros ilícitos correlatos, decorrentes da legislação brasileira, de organismos multilaterais como a Organização das Nações Unidas – ONU (https://nacoesunidas.org/conheca/) e o FATAF-GAFI (https://www.fatf-gafi.org/), e/ou de forma unilateral por qualquer lei ou resolução imposta por outras jurisdições como os Estados Unidos da América (por exemplo, a Export Administration Regulations - EAR https://www.bis.doc.gov/index.php/regulations/export-administration-regulations-ear ou Office of Foreign Assets Control - OFAC https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/), Reino Unido ou União Europeia (https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/), na qual o SEGURADO, o BENEFICIÁRIO ou a operação ou bem segurado se enquadre ou venha a se enquadrar durante a VIGÊNCIA da APÓLICE. Entende-se, ainda, por EMBARGOS E SANÇÕES qualquer restrição, proibição ou sanção imposta pelas normas e resoluções acima mencionadas que impeça o pagamento de um SINISTRO, seja pela jurisdição onde o SINISTRO ocorreu ou pela jurisdição à qual o pagamento se destina.

24.2. **EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES**

24.2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados na cláusula "4. RISCOS EXCLUÍDOS" destas condições gerais, as coberturas previstas na APÓLICE não se aplicam caso o SEGURADO ou BENEFICIÁRIO venha a sofrer qualquer sanção ou restrição imposta por quaisquer EMBARGOS E SANÇÕES ou a eles relacionados, caracterizado no momento do sinistro.**

24.3. **PERDA DE DIREITOS POR EMBARGOS E SANÇÕES**

24.3.1. **O SEGURADO perderá o direito à indenização na ocorrência de EMBARGOS E SANÇÕES caso pratique qualquer ato doloso verificado na ocorrência do SINISTRO e relacionado com o evento gerador do SINISTRO.**

24.3.2. **Caso o segurado silencie de má-fé o fato de ter sofrido qualquer restrição ou imposição de EMBARGOS E SANÇÕES, ficará caracterizado o agravamento de risco e se aplicará o disposto na cláusula "22. PERDA DE DIREITOS" destas Condições Gerais.**

24.4. **SUSPENSÃO DE PAGAMENTOS POR EMBARGOS E SANÇÕES**

24.4.1. **O pagamento de quaisquer indenizações devidas no âmbito desta APÓLICE fica suspenso a partir da data de ingresso do SEGURADO, BENEFICIÁRIO ou OBJETO da APÓLICE nas referidas listas de EMBARGOS E SANÇÕES, sendo a cobertura reestabelecidas à 0:00 hora do dia subsequente à data de exclusão do SEGURADO, BENEFICIÁRIO ou OBJETO DA APÓLICE das referidas listas de EMBARGOS E SANÇÕES.**

24.4.2. **Durante o período no qual o SEGURADO, BENEFICIÁRIO ou o OBJETO da APÓLICE estiver nas listas de EMBARGOS E SANÇÕES, ficam suspensos os pagamentos de quaisquer indenizações devidas pela SEGURADORA por força da presente APÓLICE, até que tal EMBARGO E SANÇÃO cesse ou até que ocorra decisão judicial final para este fim.**

24.4.3. **A SEGURADORA poderá, ainda, suspender pagamentos de qualquer natureza no caso de indisponibilidade de bens do SEGURADO ou BENEFICIÁRIO sancionado nos termos da Lei nº 13.810/2019 e quaisquer alterações subsequentes.**

25. ALTERAÇÃO DO SEGURO

25.1. **Nenhuma alteração no seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância das partes contratantes.**

25.2. **Em caso de seguros contributários, qualquer modificação do seguro em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou ainda na redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa dos segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado**

25.3. **Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições contratuais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.**

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

26.1. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais do seguro.

27. PRESCRIÇÃO

27.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

28. FORO

28.1. Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE – M

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Morte consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado em decorrência de evento coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Todos os riscos mencionados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais**.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;
b) cópia da Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
c) relatório médico devidamente preenchido pelo médico assistente;
d) cópia do prontuário médico-hospitalar;
e) cópia dos exames médicos;
f) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
i) declaração de únicos herdeiros devidamente preenchida pelos beneficiários e testemunhas (todos os declarantes devem reconhecer firma das assinaturas);
j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
l) cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
m) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
n) laudo de necropsia, se houver;
o) laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver; e
p) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL - MA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Morte Acidental consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

c) 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;

d) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

e) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

f) 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

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

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;
b) cópia da Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
c) relatório médico devidamente preenchido pelo médico assistente;
d) cópia do prontuário médico-hospitalar;
e) cópia dos exames médicos;
f) cópia de laudos e exames médicos;
g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
i) declaração de únicos herdeiros devidamente preenchida pelos beneficiários e testemunhas (todos os declarantes devem reconhecer firma das assinaturas);
j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
l) cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
m) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
n) laudo de necropsia, se houver; e
o) laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
p) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE CRIME - MAC

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Morte Acidental decorrente de Crime consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado **em consequência exclusiva de acidente decorrente de crime ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Para fins desta Cobertura, entende-se como crime os eventos contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, que tenham como resultado a morte do Segurado.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;
b) Boletim de Ocorrência e peças do inquérito policial emitido por autoridade policial;
c) Laudo Necroscópico do IML;
d) laudo da perícia técnica, se houver;
e) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
f) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
g) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
h) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
i) declaração de únicos herdeiros devidamente preenchida pelos beneficiários e testemunhas (todos os declarantes devem reconhecer firma das assinaturas);

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE TRANSPORTE COLETIVO - MATC

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Morte Acidental decorrente de Transporte Coletivo consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado **em consequência exclusiva de Acidente ocorrido em Transporte Coletivo Público durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Para fins desta Cobertura, entende-se como meio de transporte coletivo público qualquer aeronave, ônibus, navio, trem ou qualquer outro meio de transporte que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem, desde que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos em que o Segurado era o condutor ou tripulante do meio de transporte acidentado, ou, ainda, que não seja passageiro de um meio de transporte coletivo público.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;
b) Boletim de Ocorrência e peças do inquérito policial emitido por autoridade policial;
c) Laudo Necroscópico do IML;
d) laudo da perícia técnica, se houver;
e) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
f) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
g) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
h) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
i) declaração de únicos herdeiros devidamente preenchida pelos beneficiários e testemunhas (todos os declarantes devem reconhecer firma das assinaturas).

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - MAT

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Morte Acidental consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do Segurado **em caso de falecimento do Segurado em consequência exclusiva de Acidente de Trânsito ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Para fins desta Cobertura, entende-se como acidente de trânsito aquele que envolveu o Segurado, enquanto ocupante de um veículo particular ou táxi, ou, ainda, se na condição de pedestre o Segurado foi atingido por qualquer veículo automotor.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos em que o Segurado era o condutor, tripulante ou passageiro de veículo:**

a) que se destine ao transporte coletivo público;

b) com menos de quatro rodas;

c) de serviço ou caminhão;

d) destinado ao serviço público ou particular de socorro médico;

e) de corporações militares; e

f) quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;

b) Boletim de Ocorrência e peças do inquérito policial emitido por autoridade policial;

c) Laudo Necroscópico do IML;

d) laudo da perícia técnica, se houver;

e) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

f) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

g) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

h) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) declaração de únicos herdeiros devidamente preenchida pelos beneficiários e testemunhas (todos os declarantes devem reconhecer firma das assinaturas).

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, limitada ao capital segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

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

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

1.1.3. Se, depois de paga indenização por uma invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte em qualquer outra cobertura. 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 de uma indenização por invalidez permanente total.

1.1.4. 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.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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 do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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(cúbitos)	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: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-----

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	----
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
	* de 3 (três) centímetros	06
	* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização

2.2. 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.

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

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

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

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

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

2.8. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

2.9. O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) 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;

d) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

e) perda de dentes e os danos estéticos;

f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina; e

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

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

b) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

c) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

d) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;

e) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;

f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MAJORADA - IPAM

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Majorada consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, limitada ao capital segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, **com a elevação do percentual de indenização para 100% (cem por cento) para os membros ou órgãos relacionados no item 2.1 a seguir**, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

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

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

1.1.3. **Se, depois de paga indenização por uma invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte em qualquer outra cobertura. 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 de uma indenização por invalidez permanente total.**

1.1.4. **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.**

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização correspondente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura, para os seguintes órgãos ou membros:

- Perda total do uso de um dos dedos indicadores;
- Perda total do uso de um dos polegares;
- Perda total da visão de um olho;
- Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista;
- Perda total do uso de uma das mãos.

2.2. Nos demais casos, não previstos no item anterior, após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro superiores	70
	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(cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de qualquer falange do indicador	05
	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 indicador e polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-----
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	----
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
	* de 3 (três) centímetros	06
	* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização

2.2.1. 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.

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

2.2.3. 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.

2.2.4. 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).

2.2.5. 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.

2.2.6. 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.

2.2.7. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

2.2.8. O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) 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;

d) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

e) perda de dentes e os danos estéticos;

f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina; e

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

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

b) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

c) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

d) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;

e) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;

f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DECORRENTE DE CRIME - IPAC

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Crime consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, limitada ao capital segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, **em consequência exclusiva de acidente decorrente de um crime ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. Para fins desta Cobertura, entende-se como crime os eventos contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, que tenham como resultado a invalidez permanente do Segurado.

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

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

1.1.4. Se, depois de paga indenização por uma invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte em qualquer outra cobertura. 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 de uma indenização por invalidez permanente total.

1.1.5. 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.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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 do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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(cúbitos)	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: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-----

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	----
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
	* de 3 (três) centímetros	06
	* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização

2.2. 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.

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

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

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

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

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

2.8. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

2.9. O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito;

b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de um crime;

c) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de um crime;

d) 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 um crime;

e) perda de dentes e os danos estéticos.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

b) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

c) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

d) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;

e) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;

f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE EM TRANSPORTE COLETIVO - IPATC

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Transporte Coletivo consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, limitada ao capital segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, **em consequência exclusiva de Acidente ocorrido em Transporte Coletivo Público durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. Para fins desta Cobertura, entende-se como meio de transporte coletivo público qualquer aeronave, ônibus, navio, trem ou qualquer outro meio de transporte que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem, desde que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

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

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

1.1.4. Se, depois de paga indenização por uma invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte em qualquer outra cobertura. 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 de uma indenização por invalidez permanente total.

1.1.5. 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.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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 do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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(cúbitos)	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: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-----

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	----
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
	* de 3 (três) centímetros	06
	* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização

2.2. 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.

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

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

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

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

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

2.8. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

2.9. O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) evento em que o Segurado era o condutor ou tripulante do meio de transporte acidentado, ou, ainda, em que não seja passageiro de um meio de transporte coletivo público;

b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de um acidente coberto;

c) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

d) 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 um acidente coberto;

e) perda de dentes e os danos estéticos.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

b) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

c) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

d) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;

e) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;

f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - IPAT

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial decorrente de Acidente de Trânsito consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, limitada ao capital segurado contratado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, **em consequência exclusiva de Acidente de Trânsito ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. Para fins desta Cobertura, entende-se como acidente de trânsito aquele que envolveu o Segurado, enquanto ocupante de um veículo particular ou táxi, ou, ainda, se na condição de pedestre o Segurado foi atingido por qualquer veículo automotor.

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

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

1.1.4. Se, depois de paga indenização por uma invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela morte em qualquer outra cobertura. 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 de uma indenização por invalidez permanente total.

1.1.5. 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.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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 do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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(cúbitos)	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: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-----

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	----
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
	* de 3 (três) centímetros	06
	* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização

2.2. 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.

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

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

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

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

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

2.8. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

2.9. O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) eventos em que o Segurado era o condutor, tripulante ou passageiro de veículo:

- **Que se destine ao transporte coletivo público;**
- **Com menos de quatro rodas;**
- **De serviço ou caminhão;**
- **Destinado ao serviço público ou particular de socorro médico;**
- **De corporações militares; e**
- **Quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.**

b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de um acidente coberto;

c) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

d) 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 um acidente coberto;

e) perda de dentes e os danos estéticos.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

b) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

c) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

d) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;

e) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;

f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso da perda total, redução ou impotência funcional definitiva e total dos membros ou órgãos definidos no item 2 a seguir, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

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

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

1.1.3. 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 será deduzida do valor a ser indenizado pela morte em qualquer outra cobertura. 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.

1.1.4. 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.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará o capital segurado em decorrência dos eventos a seguir:

- Perda total da visão de ambos os olhos;
- Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- Perda total do uso de ambas as mãos;
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- Perda total do uso de ambos os pés;

- Alienação mental total e incurável.

2.2. **Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista no item anterior, a indenização não excederá a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado.**

2.3. **Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva de um membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização, de acordo com a "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", constante do item 2 das Condições Especiais da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).**

2.4. O pagamento do Capital referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e consequente reconhecimento da invalidez pela Seguradora.

2.5. **Após indenizada a invalidez permanente total por acidente, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) 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;

d) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

e) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

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

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

b) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

c) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

d) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;

e) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;

f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, no caso de invalidez funcional permanente total por doença do segurado, em consequência exclusivamente de doença que cause a perda de sua "existência independente", consequente de doença que cause a perda de sua "Existência Independente", conforme especificado no item "**3. RISCOS COBERTOS"** destas condições especiais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as demais disposições das condições contratuais.

1.1.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item "**5 - PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO"** nestas condições especiais.

1.1.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

1.1.3. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença.**

1.1.4. **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.**

1.1.5. **Após indenizada a invalidez funcional permanente total por doença, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**

1.1.6. **Esta cobertura não pode ser contratada em conjunto com a cobertura de Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença - ILPD ou com a cobertura de Doença Terminal - DT.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Agravo Mórbido**: Piora de uma doença.

2.2. **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.

2.3. **Aparelho Locomotor**: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.4. **Atividade Laborativa**: Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.5. **Auxílio**: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.6. **Ato Médico**: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.7. **Cardiopatia Grave**: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

2.8. **Cognição**: Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

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

2.10. **Consumpção**: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.11. **Dados Antropométricos**: No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do segurado.

2.12. **Deambular**: Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

2.13. **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.

2.14. **Deficiência Visual**: Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.15. **Disfunção Imunológica**: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

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

2.17. **Doença Crônica em Atividade**: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

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

2.19. **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.

2.20. **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.

2.21. **Doença Profissional**: Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

2.22. **Estados Conexos**: Representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

2.23. **Etiologia**: Causa de cada doença.

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

2.25. **Hígido**: Saudável.

2.26. **Médico Assistente**: Médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

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

2.28. **Quadro Clínico**: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.29. **Recidiva**: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.30. **Refratariedade Terapêutica**: Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

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

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

2.33. **Sequela**: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Considera-se como riscos cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro, e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

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

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

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

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

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

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

g) Deficiência visual, decorrente de doença:

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

h) 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:

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

3.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo a estas condições especiais) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos: “Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos” e “Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade”.

3.2.1. A “Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos” avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

3.2.1.1. 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.

3.2.1.2. Para a classificação no 2° ou no 3° Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.2.1.3. Todos os Atributos constantes no documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.2.2. A "Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade" valoriza cada uma das situações ali previstas.

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.2. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

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

b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;

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

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

5.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, informando inclusive se há ou não a indicação de curatela. Da Declaração Médica deverão constar 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, a indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, e o detalhando do 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.

b) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, acompanhados dos respectivos laudos, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

c) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

d) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

e) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

f) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

ANEXO ÀS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

Atributos	Escala	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 pensamento, memória e 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
Condições Clínicas e Estruturais do Segurado	**1º Grau** O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º Grau O segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médio 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, se encontra em estágio que demanda suporte médico mantido (controlado), que acarreta restrição ampla a esforços físicos e que compromete a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

Atributos	Escala	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 os dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	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 as 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

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

Dados Antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos	Pontuação
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC (Índice de Massa Corporal) superior a 40	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso	02
Existem mais de 2 fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade	04
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA TOTAL E PERMANENTE POR DOENÇA - ILPD

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, no caso invalidez laborativa total e permanente por doença do segurado, **exceto se decorrente de riscos excluídos, e observadas as demais disposições das condições contratuais**.

1.1.1. Para fins desta cobertura, entende-se por invalidez laborativa total e permanente por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

1.1.1.1. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a invalidez.

1.1.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

1.1.3. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez laborativa total e permanente por doença.**

1.1.4. **A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado se recuse.**

1.1.5. **Não podem configurar como segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença - ILPD, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio por parte da seguradora.**

1.1.6. **Após indenizada a invalidez laborativa total e permanente por doença, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**

1.1.7. **Esta cobertura não pode ser contratada em conjunto com a cobertura de cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD ou com a cobertura de Doença Terminal - DT.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

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

b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional, salvo quando previsto o contrário no contrato;

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

3. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) declaração médica indicando a data da Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença, informando inclusive se há ou não a indicação de curatela.

Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em um quadro clínico incapacitante irreversível para o exercício das atividades laborativas, a indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, detalhando o quadro clínico.

b) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, acompanhados dos respectivos laudos, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

c) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

d) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

e) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

f) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL - DT

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Doença Terminal consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de diagnóstico de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado durante o período de vigência do seguro.

1.1.1. **Após indenizada a doença terminal, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**

1.1.2. **Esta cobertura não pode ser contratada em conjunto com a cobertura de cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD ou com a cobertura de Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença – ILPD.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Doença Terminal**: é a doença aquela que atingiu o estágio em que não há qualquer alternativa terapêutica médica disponível e não há perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente sem perspectiva de sobrevivência superior a um ano, com expectativa de morte iminente, conforme atestado pelo médico assistente do segurado, e desde que reconhecido pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

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

b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional, salvo quando previsto o contrário no contrato;

c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo; e

d) o coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, e detalhando a evolução da doença e o quadro clínico de doença terminal;

b) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, acompanhados dos respectivos laudos, e que confirmem a evolução do quadro clínico nas condições previstas no item anterior;

c) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

d) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

e) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

f) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES - DG

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Doenças Graves consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, quando o segurado, durante a vigência do seguro, vir a ser, pela primeira vez, diagnosticado como portador de uma das doenças graves abaixo:

- Embolia pulmonar;
- Infarto agudo do miocárdio;
- Insuficiência renal terminal;
- Neoplasias (Maligna);
- Queimaduras Graves (acima de 20% do corpo).

1.1.1. **Após indenizada a doença grave, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**

1.1.2. **A indenização por diagnóstico de doença grave não se acumula com a indenização por morte, por invalidez ou por diagnóstico de doença terminal, portanto, não haverá pagamento do capital segurado se o segurado, ou seus beneficiários, tiverem direito à indenização pelas demais coberturas.**

1.1.3. **Sendo constatado e comunicado à seguradora o primeiro diagnóstico, não poderá haver cumulação de pagamento do capital segurado para mais de um diagnóstico.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Embolia pulmonar:** Embolia pulmonar ou tromboembolismo pulmonar (TEP) grave é o bloqueio da artéria pulmonar ou de um de seus ramos resultando em danos ou sequelas permanente (dificuldade de locomoção). O diagnóstico de embolia pulmonar grave, além do relatório médico, deve ser comprovado por exames, como a gasometria arterial, ressonância magnética ou arteriografia pulmonar.

2.2. **Infarto Agudo do Miocárdio**: É a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

a) História de dores torácicas típicas;
b) Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T, Q);
c) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) constatada por avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB (exclua Troponina).

2.2.1. **Não estão incluídos no conceito de Infarto Agudo do Miocárdio, para fins desta Cobertura:**

a) **toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;**
b) **angina decúbito;**
c) **infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T"; e**
d) **outras síndromes coronarianas agudas.**

2.3. **Insuficiência Renal Terminal:** A insuficiência renal terminal é etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

2.4. **Neoplasias (Maligna):** Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, invasão de tecidos e metástases à distância. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

2.4.1. **Não estão incluídos no conceito de neoplasias malignas, para fins desta Cobertura:**

a) **Qualquer grau/estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC);**
b) **Qualquer tumor e/ou lesão descrita histologicamente como pré-maligna;**
c) **Todos os cânceres não invasivos (in situ), ou não metastáticos;**
d) **O câncer da próstata no estágio Ia, Ib e IC (Carcinoma prostático primário abaixo do estágio B0 pela classificação modificada Jewett, abaixo de T1c pela classificação TNM em 1992).**
e) **Melanoma maligno, quando o grau de invasão de tecido é baixo (segundo a classificação Breslow, a profundidade é menor que 1,5 mm);**
f) **Qualquer tumor maligno na presença de qualquer Vírus da Imunodeficiência Humana;**
g) **Qualquer câncer de pele que não seja melanoma maligno.**

2.5. **Queimaduras Graves:** Queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento) da área da superfície do corpo do segurado. O diagnóstico deverá ser confirmado por um especialista e evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) Diagnósticos concedidos pelo próprio segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoas com laços de dependência econômica ou que resida com o segurado, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
b) Diagnóstico que não seja emitido por médico profissional habilitado;
c) Doenças Profissionais;
d) Qualquer doença congênita, mesmo que diagnosticada após a assinatura da proposta de seguro;

e) Doença Grave decorrente da tentativa de suicídio pelo segurado ocorrida no prazo de 24 meses do início de vigência ou 24 meses da data de reabilitação do seguro.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) declaração médica indicando a data do diagnóstico (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do primeiro diagnóstico da doença grave dentre aquelas previstas, constantes nas condições especiais;

b) relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada;

c) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem o diagnóstico;

d) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

e) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

f) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

g) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA - RT

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Rescisão Trabalhista consiste no reembolso ao estipulante das despesas com a rescisão do contrato de trabalho com o segurado, em decorrência de seu falecimento durante o período de vigência do seguro, limitado ao capital segurado contratado.

1.1.1. **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.**

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados no no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) cópia do documento de Rescisão Trabalhista, com os respectivos cálculos;
b) certidão de óbito do segurado;
c) cópia da Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
d) cópia do prontuário médico-hospitalar;
e) cópia de laudos e exames médicos;
f) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
g) laudo de necropsia, se houver;
h) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
i) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
j) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
k) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
l) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS - DCF

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Doenças Congênitas de Filhos consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, quando constatada a doença congênita em um filho legítimo do Segurado, detectada no 1º (primeiro) mês de vida, e comprovada até o 6° (sexto) mês posterior ao nascimento por declaração de médico habilitado, desde que o nascimento tenha ocorrido durante a vigência do seguro.

1.1.1. **Para fins desta cobertura, entende-se como Doença Congênita aquela que nasce com o indivíduo, resultante da má formação do organismo.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados:**

a) eventos decorrentes do uso pela gestante de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados;

b) qualquer influência de fator ambiental, constatada ou declarada por instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;

c) inabilidade ou mau uso de produtos químicos, ou de outros produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde da mãe e/ou do feto;

d) filho natimorto; e

e) doença congênita preexistente, ou de conhecimento durante a gestação, antes do término do período de carência.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá(ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) relatórios dos médicos assistentes da gestante e do filho, com descrição da má formação, assinado e com indicação de CRM;

b) cópia de exames e laudos médicos que comprovem a doença congênita;

c) cópia da certidão de nascimento do filho;

d) cópia atualizada da certidão de casamento com a gestante, se esta não for a Segurada principal;

e) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

f) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

g) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

h) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS - DMHO

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e/ou Odontológicas consiste no reembolso, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, em decorrência exclusivamente de acidente pessoal coberto, realizado sob orientação médica e iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

b) 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;

c) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

d) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

e) 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;

f) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;

g) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;

h) estados de convalescença, após a alta médica; e

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

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado desta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;

b) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

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 ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários; e

f) exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;

g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

i) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

j) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE - DIHA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, por causas decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, observada a franquia.

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

1.1.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.**

1.1.3. **A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no Certificado Individual.**

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Franquia**: corresponderá ao número de dias, contados a partir data de internação do segurado, em que o segurado deva permanecer internado antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.

2.2. **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.

2.3. **Internação Hospitalar:** é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

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) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;

f) 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;

g) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

h) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

i) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;

j) estados de convalescença, após a alta médica;

k) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;

l) 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;

m) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para esta cobertura é expresso pelo valor contratado para uma diária de hospitalização e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Certificado Individual, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

4.1.1. A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.

4.1.2. 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.

5. FRANQUIA

5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado por determinação médica.**

5.2. **As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de franquia, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis contratado.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) 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;

b) relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;

c) exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;

d) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;

e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

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;

h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA - DIHAD

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, por causas decorrentes de acidente pessoal ou de doença, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, observadas a franquia e a carência.

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

1.1.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.**

1.1.3. **A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no Certificado Individual.**

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Carência:** corresponde ao período composto pelo número de dias contados a partir da data do início da vigência, no qual o segurado não terá cobertura. O período de carência constará do Certificado Individual. Para fins deste seguro, a carência somente será aplicável nos casos em que, exclusivamente, a doença for o motivo gerador da internação hospitalar.

2.2. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir data de internação do segurado, em que o segurado deva permanecer internado antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.

2.3. **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.

2.4. **Internação Hospitalar:** é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

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) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;

d) 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;

e) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

g) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;

h) estados de convalescença, após a alta médica;

i) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;

j) 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;

k) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;

l) senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades e geriatria;

m) hospitalização para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;

n) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

o) inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;

p) ceratomia (cirurgia para correção da miopia);

q) toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para esta cobertura é expresso pelo valor contratado para uma diária de hospitalização e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Certificado Individual, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

4.1.1. A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.

4.1.2. As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou doença serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

5. FRANQUIA

5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado por determinação médica.**

5.2. **As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de franquia, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis contratado.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) 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;

b) relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;

c) exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;

d) notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;

e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

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

h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – UTI – DIH-UTI-A

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente – UTI consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, por causas decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, observada a franquia.

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

1.1.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.**

1.1.3. **Para efeito desta cobertura, a internação hospitalar em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), tem início com a comprovação médica de hospitalização em UTI, e termina com a saída do paciente da UTI, mesmo que para o prosseguimento do tratamento internado, observados os limites estabelecidos no Certificado Individual.**

1.1.4. **A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação em UTI.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Franquia**: corresponderá ao número de dias, contados a partir corresponderá ao número de dias, contados a partir data de internação do segurado em UTI, em que o segurado deva permanecer internado antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.

2.2. **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.

2.3. **Internação Hospitalar em UTI:** é a internação em unidade hospitalar de Tratamento Intensivo com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

2.4. **UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva):** unidade complexa de um hospital dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) tratamentos que não exijam a internação em UTI;

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) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;

f) 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;

g) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

h) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

i) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;

j) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;

k) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para esta cobertura é expresso pelo valor contratado para uma diária de hospitalização e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Certificado Individual, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

4.1.1. A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.

4.1.2. 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.

5. FRANQUIA

5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado por determinação médica.**

5.2. **As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de franquia, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis contratado.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) 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;

b) relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;

c) exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;

d) notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;

e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

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;

h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA – UTI – DIH-UTI-AD

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença - UTI consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado em Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, por causas decorrentes de acidente pessoal ou de doença, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, observadas a franquia e a carência.

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

1.1.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.**

1.1.3. **Para efeito desta cobertura, a internação hospitalar em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), tem início com a comprovação médica de hospitalização em UTI, e termina com a saída do paciente da UTI, mesmo que para o prosseguimento do tratamento internado, observados os limites estabelecidos no Certificado Individual.**

1.1.4. **A indenização será devida somente após alta médica, para contabilização das diárias de internação em UTI.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Carência:** corresponde ao período composto pelo número de dias contados a partir da data do início da vigência, no qual o segurado não terá cobertura. O período de carência constará do Certificado Individual. Para fins deste seguro, a carência somente será aplicável nos casos em que, exclusivamente, a doença for o motivo gerador da internação hospitalar.

2.2. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir data de internação do segurado em UTI, em que o segurado deva permanecer internado antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.

2.3. **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.

2.4. **Internação Hospitalar em UTI:** é a internação em unidade hospitalar de Tratamento Intensivo com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

2.5. **UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva):** unidade complexa de um hospital dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) tratamentos que não exijam a internação em UTI;

b) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;

c) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;

d) 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;

e) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

f) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

g) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;

h) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;

i) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;

j) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

k) inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento de esterilidade masculina ou feminina, cirurgia para mudança de sexo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para esta cobertura é expresso pelo valor contratado para uma diária de hospitalização e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Certificado Individual, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

4.1.1. A transferência de um Hospital para outro não caracteriza a ocorrência de um novo evento.

4.1.2. As ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou doença serão consideradas um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.

5. FRANQUIA

5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir do momento da hospitalização do Segurado por determinação médica.**

5.2. **As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de franquia, respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis contratado.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) 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;

b) relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;

c) exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;

d) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;

e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

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;

h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO - DI

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Desemprego Involuntário consiste no pagamento de indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte de seu empregador, não motivada por justa causa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **A cobertura de Desemprego Involuntário (DI) não indeniza eventos de desemprego decorrentes da extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017.**

1.1.2. **Na data de contratação do seguro, o segurado deverá ter um período mínimo de 12 (doze) meses, ininterruptos, como empregado em tempo integral de um mesmo empregador. Caso o segurado possua mais de um vínculo empregatício elegível ao seguro, para efeito deste seguro será coberto apenas o vínculo empregatício que gera a maior renda ao segurado.**

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017, ou qualquer outro tipo de acordo entre empregado e empregador para terminar o contrato de trabalho;

b) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do emprego;

c) Demissão por justa causa;

d) Pensão ou aposentadoria por qualquer causa;

e) Programas de Demissão Voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;

f) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;

g) Segurado que trabalhar como profissional liberal, ou autônomos ou pensionistas.

h) Funcionários que tenham cargo público eletivo e que, cumulativamente, não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores, secretários e outros de nomeação em Diário Oficial;

i) Funcionário público, exceto funcionários regidos pela CLT;

j) Campanhas de demissões em massa, entendidas para fins deste seguro como os casos em que empresas demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;

k) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;

l) Quando o vínculo empregatício entre segurado e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados;

m) Segurado que estiver afastado por acidente pessoal ou doença da sua função na data da contratação do seguro;

n) Abandono de emprego por parte do segurado, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;

o) Perda de um vínculo empregatício quando o segurado tiver mais de um vínculo simultâneo de mais de 30 horas, em empresa distinta, no mesmo período;

p) Por fusões, falência, recuperação judicial ou extrajudicial ou privatização do empregador;

q) Prestação de Serviço Militar;

r) Demissão motivada por guerra, revolução ou assemelhados;

s) Quando o segurado for membro do conselho de administração da empresa, cujo segurado é empregado;

t) Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;

u) Greves ou outras disputas trabalhistas.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. **O Capital Segurado desta cobertura não será reintegrado após a ocorrência de um evento coberto.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) Cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho (CTPS): página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa, e páginas anterior e posterior em branco;

b) Cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias;

c) Comprovante de recebimento do FGTS.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DITA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico decorrente exclusivamente de acidente pessoal, que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação.

1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao segurado, após o retorno às suas atividades profissionais, ou a cada 3 (três) meses, o que vier a ocorrer primeiro.**

1.1.2. **O tratamento médico deverá ter início até 30 (trinta) dias após a ocorrência do acidente.**

1.1.3. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.**

1.1.4. **Após um evento indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.**

1.1.5. **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.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** De maneira complementar a definição de ACIDENTE PESSOAL constante no item 2.1. das condições gerais, para fins desta cobertura especial, o termo "ACIDENTE PESSOAL" refere-se a uma lesão corporal que impede o segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o segurado estiver recebendo tratamento médico, respeitando-se as exclusões presentes no item “b.3)” do item 2.1. das condições gerais.

2.2. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir da do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, em que o segurado deva permanecer incapaz antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.

2.3. **Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Para efeitos desta cobertura, o médico que diagnosticar o acidente ou doença não poderá ser o próprio segurado, seu cônjuge ou companheiro, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

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) lesões que não requerem atenção médica;

f) internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);

g) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

i) eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.

j) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

k) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

l) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;

m) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;

n) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;

o) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para esta cobertura é expresso pelo valor contratado para uma diária e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Certificado Individual, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

4.2. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

5. FRANQUIA

5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas.**

5.2. **Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) 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;

b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;

c) laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado;

d) relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;

e) 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;

f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

6.2. **A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - DITAD

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico decorrente de acidente pessoal ou de doença, que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação.

1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao segurado, após o retorno às suas atividades profissionais, ou a cada 3 (três) meses, o que vier a ocorrer primeiro.**

1.1.2. **A cobertura é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia.**

1.1.3. **Após um evento indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.**

1.1.4. **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.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** De maneira complementar a definição de ACIDENTE PESSOAL constante no item 2.1. das condições gerais, para fins desta cobertura especial, o termo "ACIDENTE PESSOAL" refere-se a uma lesão corporal que impede o segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o segurado estiver recebendo tratamento médico, respeitando-se as exclusões presentes no item “b.3)” do item 2.1. das condições gerais.

2.2. **Doença:** Distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o segurado esteja recebendo tratamento médico.

2.3. **Doença Crônica:** Doença caracterizada pela sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo de forma satisfatória aos procedimentos terapêuticos.

2.4. **Carência:** corresponde ao período composto pelo número de dias contados a partir da data do início da vigência, no qual o segurado não terá cobertura. O período de carência constará do Certificado Individual. Para fins deste seguro, a carência somente será aplicável nos casos em que, exclusivamente, a doença for o motivo gerador do tratamento médico que impossibilite o Segurado de exercer sua profissão ou ocupação.

2.5. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, em que o segurado deva permanecer incapaz antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.

2.6. **Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Para efeitos desta cobertura, o médico que diagnosticar o acidente ou doença não poderá ser o próprio segurado, seu cônjuge ou companheiro, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

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) lesões que não requerem atenção médica;

f) 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;

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) eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.

k) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;

l) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;

m) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;

n) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado para esta cobertura é expresso pelo valor contratado para uma diária e por um limite máximo de diárias indenizáveis definidos no Certificado Individual, e será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto, sem a cobrança de prêmio adicional.

4.2. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

5. FRANQUIA

5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas.**

5.2. **Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) 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;

b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;

c) laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado;

d) relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;

e) 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;

f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

6.2. **A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - ITTA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente no pagamento de indenização quando o Segurado se tornar incapaz de exercer a sua profissão ou ocupação, de forma contínua e ininterrupta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico **por causas decorrentes exclusivamente de acidente pessoal, e desde que seja profissional autônomo e/ou liberal, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura.**

1.1.2. **O tratamento médico deverá ter início até 30 (trinta) dias após a ocorrência do acidente.**

1.1.3. **A cobertura é devida após o período de franquia.**

1.1.4. **Após um evento indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.**

1.1.5. **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.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** De maneira complementar a definição de ACIDENTE PESSOAL constante no item 2.1. das condições gerais, para fins desta cobertura especial, o termo "ACIDENTE PESSOAL" refere-se a uma lesão corporal que impede o segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o segurado estiver recebendo tratamento médico, respeitando-se as exclusões presentes no item “b.3)” do item 2.1. das condições gerais.

2.2. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir da do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, em que o segurado deva permanecer incapaz antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.

2.3. **Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Para efeitos desta cobertura, o médico que diagnosticar o acidente ou doença não poderá ser o próprio segurado, seu cônjuge ou companheiro, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado.

2.4. **Profissional Autônomo e/ou Liberal**: são os profissionais que exerçam atividades sem qualquer vínculo empregatício, não registrados de acordo com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), e que mantenham um vínculo através de contrato de prestação de serviços ou documento contábil comprobatório do exercício da atividade profissional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

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) lesões que não requerem atenção médica;

f) internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);

g) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

i) eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.

j) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

k) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

l) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;

m) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;

n) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;

o) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado desta cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor de uma parcela e uma quantidade máxima de parcelas mensais contratados.

4.1.1. **As parcelas serão pagas de uma única vez ao segurado, após o retorno às suas atividades profissionais, ou a cada 3 (três) meses, o que vier a ocorrer primeiro.**

4.1.2. **A indenização é devida pelo período em que o Segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação em decorrência de Acidente Pessoal coberto, enquanto estiver sob tratamento médico, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.**

4.2. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

4.3. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

5. FRANQUIA

5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas.**

5.2. **Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) 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;

b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;

c) laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado;

d) relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;

e) 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;

f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

6.2. **A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA- ITTAD

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença consiste no pagamento de indenização quando o Segurado se tornar incapaz de exercer a sua profissão ou ocupação, de forma contínua e ininterrupta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **desde que seja profissional autônomo e/ou liberal, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura.**

1.1.2. **A cobertura é devida após o período de franquia.**

1.1.3. **Após um evento indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento da mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno ao exercício de sua profissão ou ocupação.**

1.1.4. **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.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** De maneira complementar a definição de ACIDENTE PESSOAL constante no item 2.1. das condições gerais, para fins desta cobertura especial, o termo "ACIDENTE PESSOAL" refere-se a uma lesão corporal que impede o segurado de exercer sua principal ocupação profissional, e para a qual o segurado estiver recebendo tratamento médico, respeitando-se as exclusões presentes no item “b.3)” do item 2.1. das condições gerais.

2.2. **Doença:** Distúrbio das funções de um órgão ou do organismo como um todo, que está associado a sinais ou sintomas específicos que impeçam o segurado de realizar a sua ocupação profissional e para o qual o segurado esteja recebendo tratamento médico.

2.3. **Doença Crônica:** Doença caracterizada pela sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo de forma satisfatória aos procedimentos terapêuticos.

2.4. **Carência:** corresponde ao período composto pelo número de dias contados a partir da data do início da vigência, no qual o segurado não terá cobertura. O período de carência constará do Certificado Individual. Para fins deste seguro, a carência somente será aplicável nos casos em que, exclusivamente, a doença for o motivo gerador da incapacidade física total e temporária que impossibilite o Segurado de exercer sua profissão ou ocupação.

2.5. **Franquia:** corresponderá ao número de dias, contados a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas, em que o segurado deva permanecer incapaz antes que tenha direito à indenização. O prazo de franquia contratado será definido no Certificado Individual.

2.6. **Médico:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Para efeitos desta cobertura, o médico que diagnosticar o acidente ou doença não poderá ser o próprio segurado, seu cônjuge ou companheiro, parente em linha reta ou colateral, ou alguém que residir com o segurado.

2.7. **Profissional Autônomo e/ou Liberal**: são os profissionais que exerçam atividades sem qualquer vínculo empregatício, não registrados de acordo com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), e que mantenham um vínculo através de contrato de prestação de serviços ou documento contábil comprobatório do exercício da atividade profissional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

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) lesões que não requerem atenção médica;

f) 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;

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) eventos causados exclusivamente pela não utilização pelo segurado de equipamentos de segurança exigidos por lei.

k) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;

l) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;

m) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;

n) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado desta cobertura na data de ocorrência do evento gerador da indenização será igual ao valor de uma parcela e uma quantidade máxima de parcelas mensais contratados.

4.1.1. **As parcelas serão pagas de uma única vez ao segurado, após o retorno às suas atividades profissionais, ou a cada 3 (três) meses, o que vier a ocorrer primeiro.**

4.1.2. **A indenização é devida pelo período em que o Segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação, enquanto estiver sob tratamento médico, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.**

4.2. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

4.3. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

5. FRANQUIA

5.1. **O período de franquia estabelecido no Certificado Individual será contado a partir da data do afastamento do segurado de suas atividades laborativas.**

5.2. **Não haverá indenizações para os casos de afastamentos por período inferior ao da franquia.**

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) 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;

b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;

c) laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado;

d) relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;

e) 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;

f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

6.2. **A seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da rede credenciada da seguradora.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE FRATURA DE OSSOS - ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Fratura de Ossos - Acidente consiste no pagamento, de uma única vez, de uma indenização em decorrência de fratura de ossos do segurado, relacionada exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, calculada de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Fraturas constante do Item 4 destas condições especiais aplicados sobre o valor do capital segurado contratado relativo a esta cobertura**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Fratura completa:** ocorre quando a fratura ocorre em toda superfície do osso, ficando este dividido em duas partes distintas;

2.2. **Fratura incompleta:** ocorre quando a fratura acomete apenas parte da superfície óssea, permanecendo os seguimentos ainda unidos;

2.3. **Fratura cominutiva:** mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso;

2.4. **Fratura exposta:** ocorre quando os tecidos moles sobrejacentes são rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior;

2.5. **Fratura de Colles:** fratura no osso rádio ao nível do punho; e

2.6. **Fratura dos dedos:** para efeito desta cobertura, considera-se a fratura de no mínimo de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo segurado em um mesmo evento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) osteoporose (porosidade no osso causada por diminuição progressiva da densidade óssea);

b) fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais o osso é fraturado em uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tal como tumor ósseo, metástase de tumores e doenças do metabolismo ósseo (osteoporose);

c) fratura de osso com doença antes do início da cobertura do seguro;

d) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa à fratura de ossos;

e) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;

f) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;

g) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;

h) 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

i) eventos que não se incluem no conceito de acidente pessoal, conforme definido nas condições gerais.

4. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

4.1. O valor da indenização será calculado de acordo com o valor do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, aplicando-se os percentuais indicados na Tabela de Fraturas a seguir:

Tabela de Fraturas

Fratura Coberta	% do Capital Segurado
Vértebra Cervical	100%
Quadril ou Pelve ou Bacia	80%
Crânio	53%
Fêmur, Calcâneo, Úmero	40%
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula	33%
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho (ossos do carpo)	27%
Pescoço	25%
Vértebra Torácica ou Lombar (cada)	20%
Osso esterno, patela (rótula)	13%
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)	11%
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix	10%
Face ou Nariz (exceto Crânio e Maxilar)	4%
Costelas (cada)	3%
Dedos da mão e do pé (cada)	1%

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) relatório detalhado do médico assistente atestando a fratura, anexando os exames realizados pelo segurado e indicando a data do evento, as circunstâncias, as consequências do acidente sofrido, bem como o tratamento prescrito;

b) radiografias e outros exames complementares que tenham sido realizados do segmento atingido;

c) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;

d) laudo da perícia técnica, se houver;

e) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;

f) laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado;

g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

i) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

j) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE QUEIMADURAS GRAVES

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura Queimaduras Graves consiste no pagamento, de uma única vez, de uma indenização caso o Segurado sofra queimaduras graves, cujo tratamento exija internação hospitalar e cirurgia, e envolva mais de 20% da superfície corporal com a presença de queimaduras de 2º e 3º graus **relacionadas exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Para fins desta cobertura, entende-se como:**

2.1.1. **Queimadura:** decomposição do tecido produzida por contato com fogo, calor ou substâncias corrosivas (fogo, vapor, líquidos quentes, produtos químicos corrosivos, eletricidade, radiação, incluindo luz solar) afetando pelo menos e epiderme e a derme.

2.1.2. **Queimadura de 1º grau:** são aquelas que envolvem apenas a epiderme, a camada mais superficial da pele, com vermelhidão sem bolhas e inchaço local.

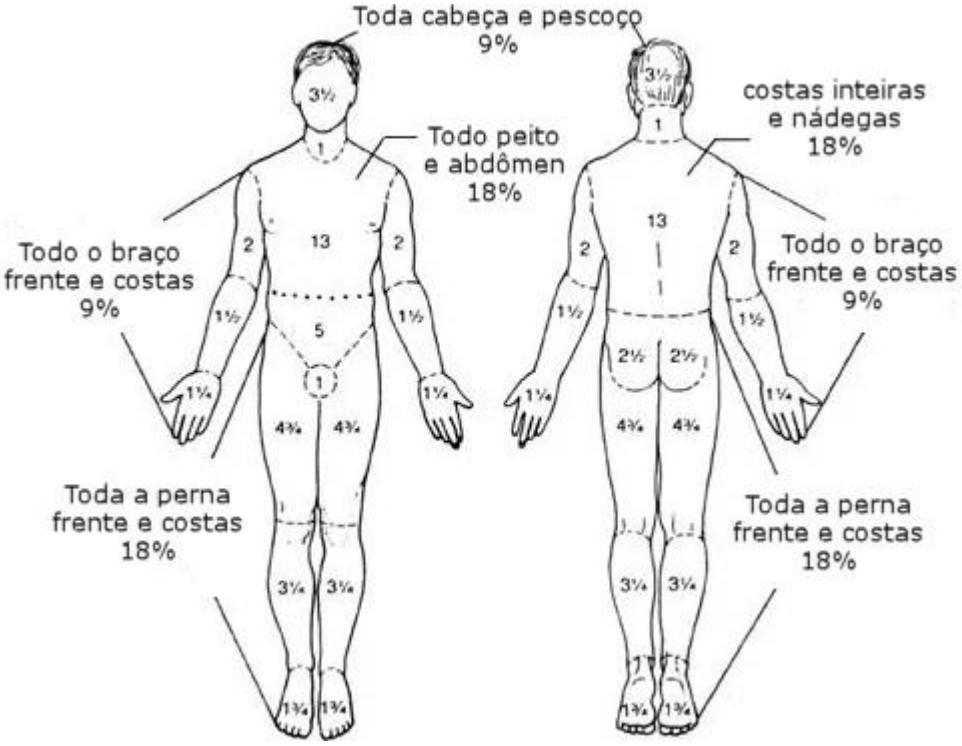
2.1.3. **Queimadura de 2º grau superficial:** são aquelas que atingem a epiderme e a porção mais superficial da derme (2ª camada da pele), em que os sintomas são parecidos com os da queimadura de 1º grau, mas com a presença de bolhas e uma aparência úmida da lesão.

2.1.4. **Queimadura de 2º grau profunda:** são aquelas que atingem a epiderme e a derme (2ª camada da pele), sendo semelhantes às queimaduras de 3º grau.

2.1.5. **Queimadura de 3º grau:** são as queimaduras profundas que acometem toda a derme e atinge tecidos subcutâneos, com destruição total de nervos, folículos pilosos, glândulas sudoríparas e capilares sanguíneos, podendo inclusive atingir músculos e estruturas ósseas. São lesões esbranquiçadas/acinzentadas, secas, indolores e deformantes que não curam sem apoio cirúrgico, necessitando de enxertos.

2.1.6. **Queimadura Grave:** é aquela cujo tratamento exige internação hospitalar e cirurgia, e envolve mais de 20% da superfície corporal com a presença de queimaduras de 2º e 3º graus.

2.1.7. **Extensão da queimadura:** a extensão da queimadura no corpo será avaliada utilizando-se a "regra dos 9", sistema usado para se determinar a porcentagem do corpo afetado por queimaduras, conforme figura ilustrativa a seguir.



2.1.8. **Cirurgia plástica reparadora:** cirurgia para reconstituir ou modificar uma parte do corpo humano com o objetivo de corrigir um defeito de ordem funcional, que atrapalhe a função de um membro ou de uma musculatura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) tratamentos estéticos;

b) cirurgias plásticas, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora;

c) queimaduras de 1º grau;

d) queimaduras decorrentes de autoagressão;

e) queimaduras provenientes da exposição excessiva ao sol ou da utilização de qualquer técnica de bronzeamento artificial;

f) exposição ao frio não decorrente de acidente pessoal;

g) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa ao acidente pessoal;

h) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro;

i) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) Prontuário Médico do primeiro atendimento, exames objetivos e relatório médico que comprovem as partes afetadas do corpo do segurado, o tipo e grau da queimadura e a porcentagem da superfície do corpo afetada de acordo com a “Regra dos 9”;

b) relatório detalhado do médico assistente atestando as queimaduras, anexando os exames realizados pelo segurado e indicando a data do evento, as circunstâncias, as consequências do acidente sofrido, bem como o tratamento prescrito;

c) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;

d) laudo da perícia técnica, se houver;

e) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;

f) laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado;

g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

i) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

j) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE PERDA DE VISÃO POR DOENÇA - PVD

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Perda de Visão por Doença consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de diagnóstico definitivo de perda total da visão provocada por doença ocorrida durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Após indenizada a perda de visão por doença, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**

1.1.2. **A perda da visão por doença de apenas um olho não caracteriza o direito à indenização, exceto se o Segurado já tiver a perda total da visão do outro olho antes do evento coberto.**

1.1.3. **A perda da visão deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora, respaldada por exames de diagnóstico.**

1.1.4. **A aposentadoria por invalidez em decorrência da perda da visão concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o direito à indenização.**

1.1.5. **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, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Perda Total da Visão por Doença:** caracteriza-se pela acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus no melhor olho.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de quaisquer eventos provocados, desencadeados ou agravados por acidente pessoal conforme descrito nas condições gerais.**

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) relatório detalhado do médico atestando a perda total da visão informando o início da doença, com descrição da patologia, procedimentos realizados e o caráter permanente;

b) exames utilizados para o diagnóstico, acompanhados dos respectivos laudos;

c) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico;

d) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

e) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

f) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

g) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE PERDA DE VISÃO POR ACIDENTE - PVA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Perda de Visão por Acidente consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso da perda total da visão em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, a seguradora pagará a indenização se constatada a redução superior a 80% (oitenta por cento) da visão em ambos os olhos.**

1.1.2. **Após indenizada a perda de visão por acidente, a cobertura do seguro cessa automaticamente.**

1.1.3. **A perda da visão deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à seguradora.**

1.1.4. **A aposentadoria por invalidez em decorrência da perda da visão concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o direito à indenização.**

1.1.5. **Se, depois de paga indenização pela perda total da visão em caso de acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.**

1.1.6. **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, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) 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.

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

3. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) relatório detalhado do médico atestando a perda total da visão, com descrição da patologia, procedimentos realizados e o caráter permanente;

b) exames utilizados para o diagnóstico, acompanhados dos respectivos laudos.

c) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

d) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

e) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

f) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

g) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

h) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL - AXF

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Auxílio Funeral consiste no reembolso ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, das despesas com o funeral do segurado, no caso de seu falecimento durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

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

1.3. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados.

1.4. As despesas com funeral serão reembolsadas ao responsável pelo pagamento mediante entrega dos comprovantes originais das despesas.

1.4.1. 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. GASTOS PASSÍVEIS DE REEMBOLSO

2.1. São reembolsáveis pelo seguro os gastos com:

I. **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;

II. **coroa de flores:** uma coroa confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

III. **ornamentação de urna:** flores da época para o interior da urna;

IV. **paramentos:** velas e aluguel de castiçais que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;

V. **registro do óbito**;

VI. **taxas de sepultamento:** taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular.

VII. **caixão:** pagamento das despesas relacionadas à aquisição de urna funerária padrão standard.

VIII. **Repatriamento (até o município de moradia habitual);**

IX. **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. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídas qualquer despesa não prevista no item 2 destas condições especiais, tais como:**

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;

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.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) comprovantes originais das despesas;

b) certidão de óbito do segurado;

c) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;

d) cópia do prontuário médico-hospitalar;

e) cópia de laudos e exames médicos;

f) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

g) laudo de necropsia, se houver; e

h) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

i) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

j) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

k) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

l) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE - AXF

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Auxílio Funeral por Acidente consiste no reembolso ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, das despesas com o funeral do segurado, no caso de seu falecimento durante o período de vigência do seguro **em decorrência exclusivamente de Morte Acidental**, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

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

1.3. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados.

1.4. As despesas com funeral serão reembolsadas ao responsável pelo pagamento mediante entrega dos comprovantes originais das despesas.

1.4.1. 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. GASTOS PASSÍVEIS DE REEMBOLSO

2.1. São reembolsáveis pelo seguro os gastos com:

I. **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;

II. **coroa de flores:** uma coroa confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

III. **ornamentação de urna:** flores da época para o interior da urna;

IV. **paramentos:** velas e aluguel de castiçais que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;

V. **registro do óbito**;

VI. **taxas de sepultamento:** taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular.

VII. **caixão:** pagamento das despesas relacionadas à aquisição de urna funerária padrão standard.

VIII. **Repatriamento (até o município de moradia habitual);**

IX. **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. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídas qualquer despesa não prevista no item 2 destas condições especiais, tais como:**

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;

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.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) comprovantes originais das despesas;

b) certidão de óbito do segurado;

c) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;

d) cópia do prontuário médico-hospitalar;

e) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;

f) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

g) laudo de necropsia, se houver; e

h) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

i) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

j) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

k) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

l) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA - AXCB

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Auxílio Cesta Básica consiste no pagamento de uma indenização a título de auxílio alimentação ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura e da forma prevista no Certificado Individual, em caso de falecimento do segurado em decorrência de evento coberto ocorrido **durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. De acordo com o estabelecido no Certificado Individual, a indenização poderá ser paga em espécie, por meio do fornecimento de cestas de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético.

2. FORMA DE INDENIZAÇÃO

2.1. Quando contratada a opção de indenização por meio do fornecimento de cestas de alimentos, estas serão entregues ao beneficiário, de acordo com o valor da indenização referencial, a periodicidade e o prazo estabelecidos no Certificado Individual.

2.1.1. O valor de indenização referencial abrangerá a aquisição de gêneros alimentícios e a embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor de indenização.

2.1.2. A composição da cesta de alimentos poderá variar em consequência da oferta de produtos e/ou oscilações de preço.

2.1.3. As cestas serão entregues pela prestadora de serviços contratada pela seguradora nas datas e local indicados pelo segurado ou pelo beneficiário.

2.1.4. **Não haverá reembolso por qualquer produto adquirido diretamente pelo beneficiário**.

2.2. Quando contratada a opção de indenização por meio do crédito do valor da indenização em cartão magnético, o prestador de serviços contratado pela seguradora fornecerá o cartão magnético e a senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Todos os riscos mencionados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;

b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;

c) cópia do prontuário médico-hospitalar;

d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;

e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

f) laudo de necropsia, se houver; e

g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR ACIDENTE - AXCBA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Auxílio Cesta Básica consiste no pagamento de uma indenização a título de auxílio alimentação ao beneficiário, limitado ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura e da forma prevista no Certificado Individual, em caso de falecimento do segurado **em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. De acordo com o estabelecido no Certificado Individual, a indenização poderá ser paga em espécie, por meio do fornecimento de cestas de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético.

2. FORMA DE INDENIZAÇÃO

2.1. Quando contratada a opção de indenização por meio do fornecimento de cestas de alimentos, estas serão entregues ao beneficiário, de acordo com o valor da indenização referencial, a periodicidade e o prazo estabelecidos no Certificado Individual.

2.1.1. O valor de indenização referencial abrangerá a aquisição de gêneros alimentícios e a embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor de indenização.

2.1.2. A composição da cesta de alimentos poderá variar em consequência da oferta de produtos e/ou oscilações de preço.

2.1.3. As cestas serão entregues pela prestadora de serviços contratada pela seguradora nas datas e local indicados pelo segurado ou pelo beneficiário.

2.1.4. **Não haverá reembolso por qualquer produto adquirido diretamente pelo beneficiário**.

2.2. Quando contratada a opção de indenização por meio do crédito do valor da indenização em cartão magnético, o prestador de serviços contratado pela seguradora fornecerá o cartão magnético e a senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Todos os riscos mencionados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;

b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;

c) cópia do prontuário médico-hospitalar;

d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;

e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

f) laudo de necropsia, se houver; e

g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO NATALIDADE - AXN

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Auxílio Natalidade consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, à segurada gestante pelo parto, ou ao segurado pelo parto de sua esposa**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **A companheira é equiparada à esposa, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do sinistro.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) eventos decorrentes do uso pela gestante de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados;

b) qualquer influência de fator ambiental, constatada ou declarada por instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;

c) inabilidade ou mau uso de produtos químicos, ou de outros produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde da mãe e/ou do feto;

d) parto de filho natimorto, aborto e suas consequências; e

e) doença congênita preexistente, ou de conhecimento durante a gestação, antes do término do período de carência.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) cópia da certidão de nascimento do filho do segurado;

b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;

c) cópia do prontuário médico-hospitalar;

d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou ao óbito;

e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

f) laudo de necropsia, se houver; e

g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL - AXE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Auxílio Emergencial consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado em decorrência de evento coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Todos os riscos mencionados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;
b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
c) cópia do prontuário médico-hospitalar;
d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
f) laudo de necropsia, se houver; e
g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO EMERGENCIAL POR ACIDENTE - AXEA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Auxílio Emergencial consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de falecimento do segurado **em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Todos os riscos mencionados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;
b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
c) cópia do prontuário médico-hospitalar;
d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
f) laudo de necropsia, se houver; e
g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA - CASAMENTO

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Eventos da Vida - Casamento consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de casamento civil ou contrato matrimonial do segurado durante a vigência do seguro**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Somente haverá cobertura para o 1º (primeiro) casamento oficial ou contrato matrimonial do segurado após o início do contrato de seguro, observada a carência.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a formalização legal de uniões estáveis anteriores ao início de vigência do seguro.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de casamento do segurado ou outro documento comprobatório do contrato matrimonial;

b) cópias das Declarações de Imposto de Renda do segurado e de seu cônjuge referentes aos 3 (três) anos anteriores ao do casamento.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA - DIVÓRCIO

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Eventos da Vida - Divórcio consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de divórcio ou separação oficial do segurado durante a vigência do seguro**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Somente haverá cobertura para o 1º (primeiro) divórcio ou separação oficial do segurado realizado após o início do contrato de seguro, observada as regras de carência.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) **formalização legal de processo de divórcio ou de separação anterior ao início de vigência do seguro:**

b) **separação em caso de união consensual, exceto a união estável com contrato registrado em cartório.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de casamento com averbação do divórcio;

b) certidão de escritura pública de separação ou a certidão de escritura pública de divórcio;

c) cópias das Declarações de Imposto de Renda do segurado e de seu cônjuge referentes aos 3 (três) anos anteriores ao do divórcio ou separação oficial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA - GRADUAÇÃO

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Eventos da Vida - Graduação consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de graduação em curso de nível superior (Bacharelado, Licenciatura ou Tecnólogo) de um filho do segurado durante a vigência do seguro**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Somente haverá cobertura para a 1º (primeira) graduação de um dos filhos do segurado ocorrida após o início do contrato de seguro, observada as regras de carência.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Filho:** Para efeito desta cobertura é o filho, o enteado ou o menor considerado dependente do segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda – IRPF, dependência que deve ser comprovada pela Declaração de Imposto de Renda do segurado do ano anterior ao da graduação.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Todos os riscos mencionados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certificado de conclusão ou outro documento comprobatório da graduação;

b) cópias das Declarações de Imposto de Renda do segurado e de seu cônjuge referentes aos 3 (três) anos anteriores ao da graduação.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA – MUDANÇA DE RESIDÊNCIA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Eventos da Vida – Mudança de Residência consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de mudança de residência do segurado durante a vigência do seguro**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Somente haverá cobertura para uma mudança de residência realizada pelo segurado durante a vigência do contrato de seguro, observada as regras de carência.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Todos os riscos mencionados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais.**

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) comprovantes de endereço, anterior e atual (pós-mudança);
b) comprovantes de despesas com a mudança ou outro documento comprobatório da realização da mudança;
c) cópias das Declarações de Imposto de Renda do segurado e de seu cônjuge referentes aos 3 (três) anos anteriores ao do casamento.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE EVENTOS DA VIDA – ADOÇÃO

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Eventos da Vida – Adoção consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, em caso de adoção de um ou mais filhos pelo segurado durante a vigência do seguro**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Somente haverá cobertura para um processo de adoção durante a vigência do contrato de seguro, observada as regras de carência.**

1.1.2. **O valor da indenização é único, e não excederá a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado, independentemente do número de crianças adotadas no mesmo processo.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) reconhecimento de enteado como filho (adoção de enteado);

b) adoção de menor já considerado dependente do segurado;

c) processo de adoção anterior ao início de vigência do seguro.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) cópia da certidão de nascimento do filho adotado pelo segurado ou outro documento comprobatório;

b) cópias das Declarações de Imposto de Renda do segurado e de seu cônjuge referentes aos 3 (três) anos anteriores ao do casamento.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTO - AME

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Auxílio Medicamento consiste no reembolso das despesas com a compra de medicamentos emergenciais efetuadas pelo segurado, sob orientação médica ou odontológica, decorrentes de acidente pessoal ou doença ocorridos durante o período de vigência do seguro**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) compra de medicamentos não exigidos diretamente pelo acidente ou pela doença;
b) medicamentos de uso contínuo;
c) gravidez e suas consequências;
d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
e) cirurgias plásticas e qualquer outro tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou para obesidade;
f) tratamentos para doenças mentais e/ou psiquiátricas, para senilidade, geriatria ou rejuvenescimento, e suas consequências;

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) cópia relatório do médico ou do dentista responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM ou equivalente, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento;
b) cópias de laudos e exames relacionados com a lesão ou doença, realizados para atendimento emergencial do segurado;
c) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
d) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
e) cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
f) cópias dos comprovantes da prescrição médica (receitas);
g) comprovantes das despesas com medicamentos;

h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE COMA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Coma consiste no pagamento imediato do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, caso o segurado fique em coma, de acordo com as definições a seguir, em decorrência exclusivamente de um acidente pessoal ocorrido durante a vigência do seguro**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Estão cobertos:**

- **o coma induzido;**
- **o coma estrutural, quando decorrente de acidente pessoal;**
- **o coma não-estrutural que seja decorrente de intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, em função de acidente pessoal coberto.**

1.1.2. **Está coberto apenas o coma que corresponda a um escore inferior a 8, de acordo com a Escala de Coma de Glasgow.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Coma**: é uma condição que se caracteriza pela redução do nível de consciência em que uma pessoa parece estar dormindo, não responde aos estímulos do ambiente e não demonstra saber sobre si mesmo. Nesta situação, o cérebro continua produzindo sinais elétricos capazes de manter as funções vitais.

2.2. **Coma induzido:** também chamado de sedação, é o tipo de coma que ocorre pela administração de medicamentos na veia que reduzem a função cerebral, sendo indicada pelos médicos para proteger o cérebro de uma pessoa com traumatismo cranioencefálico, reduzindo o inchaço e evitando o aumento da pressão intracraniana, ou para manter a pessoa respirando por aparelhos.

2.3. **Coma estrutural:** é o tipo de coma que surge a partir de uma lesão em alguma estrutura do cérebro ou do sistema nervoso, devido a um traumatismo cranioencefálico, por causa de um acidente, ou por causa de lesões cerebrais provocadas por acidente vascular cerebral.

2.4. **Coma não-estrutural:** ocorre quando a pessoa fica de coma por causa de situações de intoxicação por uso de medicamentos, drogas ou álcool em excesso, porém também pode aparecer em pessoas com diabetes muito descompensadas, levando a um mau funcionamento do cérebro e consequentemente ao coma.

2.5. **Escala de Coma de Glasgow:** é uma técnica desenvolvida na Universidade de Glasgow, na Escócia, para avaliar situações de trauma, especificamente de traumatismo cranioencefálico, permitindo a identificação de problemas neurológicos, a avaliação do nível de consciência da pessoa e ainda prever o prognóstico.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

c) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;

d) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;

e) acidentes médicos ou qualquer outro evento que não se inclua no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. **O Capital Segurado desta cobertura não será reintegrado após a ocorrência de um evento coberto, sendo a cobertura cancelada após a perda total da visão de ambos os olhos pelo segurado**.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) 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;

b) relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;

c) exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;

d) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

e) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;

f) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

i) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

j) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA EM CASO DE ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Cirurgia Plástica Estética em Caso de Acidente consiste no pagamento, de uma única vez, de uma indenização caso o Segurado seja submetido a cirurgia plástica hospitalar por razões estéticas, conforme definições a seguir, **em decorrência exclusivamente de acidente pessoal ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Para fins desta cobertura, entende-se como:**

2.1.1. **Cirurgia plástica hospitalar:** procedimento invasivo, manual ou instrumental no corpo do paciente, realizado em ambiente cirúrgico-hospitalar sob anestesia geral, e **que tenha, com base em critérios das sociedades médicas, a indicação de internação hospitalar igual ou superior a 48 horas após realização do procedimento cirúrgico**.

2.1.2. **Cirurgia ambulatorial ou pequena cirurgia:** procedimentos cirúrgicos de menor complexidade, que podem ser realizados sem necessidade de internação, ou com internação por prazo inferior a 48 horas.

2.1.3. **Cirurgia plástica estética:** cirurgia para reconstituir ou modificar uma parte do corpo humano com o objetivo exclusivo de melhorar a sua aparência, e não para melhorar funções.

2.1.4. **Cirurgia plástica reparadora:** cirurgia para reconstituir ou modificar uma parte do corpo humano com o objetivo de corrigir um defeito de ordem funcional, que atrapalhe a função de um membro ou de uma musculatura.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) Qualquer cirurgia não relacionada às consequências de um acidente pessoal coberto;

b) Cirurgia que não corresponda a um procedimento invasivo realizado em ambiente hospitalar, e que não exija permanência no hospital superior a 48 horas, após realização do procedimento;

c) Cirurgia ambulatorial ou pequena cirurgia;

d) Cirurgia plástica reparadora;

e) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

f) Quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) 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;

b) relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado;

c) exames que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;

d) Notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado;

e) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;

f) laudo da perícia técnica, se houver;

g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;

h) laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado;

i) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

j) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

k) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

l) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE BENEFÍCIO POR AGRESSÃO CRIMINOSA OU CRIME VIOLENTO

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Benefício por Agressão Criminosa ou Crime Violento consiste no pagamento de uma indenização ao segurado, limitada ao capital segurado contratado, em caso de falecimento do segurado ou da perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, **em consequência exclusiva de acidente decorrente de um crime ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. Para fins desta Cobertura, entende-se como crime os eventos contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, que tenham como resultado a morte ou a invalidez permanente do Segurado.

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

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

1.1.4. Se, depois de paga a indenização por uma invalidez permanente por acidente decorrente de um crime, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor a ser indenizado pela 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 de uma indenização por invalidez permanente total.

1.1.5. 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.

2. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

2.1. No caso de falecimento do segurado, a seguradora pagará uma indenização correspondente ao Capital Segurado contratado para a cobertura.

2.2. No demais casos, após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, e constatada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais do Capital Segurado contratado para a cobertura estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente":

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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 do maxilar inferior(mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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(cúbitos)	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: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-----

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	----
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	* de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
	* de 3 (três) centímetros	06
	* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização

2.2.1. 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.

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

2.2.3. 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.

2.2.4. 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).

2.2.5. 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.

2.2.6. 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.

2.2.7. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

2.2.8. O pagamento da indenização por invalidez permanente referente a esta cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação, e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito;

b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de um crime;

c) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de um crime;

d) 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 um crime;

e) perda de dentes e os danos estéticos.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos básicos:

a) Boletim de Ocorrência e peças do inquérito policial emitido por autoridade policial;

b) laudo da perícia técnica, se houver;

c) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese de o sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

d) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

e) relatório médico com descrição dos procedimentos realizados, o grau de invalidez e o caráter permanente;

f) exames utilizados para o diagnóstico, com RX, ultrassons, entre outros, acompanhados dos respectivos laudos;

g) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

h) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

i) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

j) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA - DIA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Despesas com Assistência à Infância consiste no reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado, das despesas de assistência à infância e cuidados infantis de menores de 14 (quatorze) anos, dependentes do Segurado, em caso de hospitalização em razão de um Acidente Pessoal ou doença ocorridos durante o período de vigência do seguro**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Esta cobertura pode ser contratada apenas em conjunto com a cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente - DIHA ou com a cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença – DIHAD**.

1.1.2. **A indenização é devida somente nos casos em que o segurado tenha sido também indenizado pela cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente - DIHA ou pela cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente ou Doença – DIHAD**.

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Assistência à infância e cuidados infantis:** Conjunto de atividades desempenhado por acompanhante contratado e/ou babá para alimentação, entretenimento, orientação, suporte e supervisão dos dependentes de até 14 anos durante o período de internação hospitalar do segurado**.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídas as despesas realizadas após a alta hospitalar do segurado.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, no caso de opção pelo recebimento da indenização diretamente da seguradora, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) comprovantes das despesas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA OU VEÍCULO POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Adaptação de Casa ou Veículo por Invalidez Permanente por Acidente consiste no reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado, das despesas com a adaptação da casa ou do veículo do segurado, em caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente do segurado, cuja perda, redução ou impotência funcional definitiva seja maior do que 50% (cinquenta por cento), **em decorrência exclusivamente de um acidente pessoal ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **A cobertura de Adaptação de Casa ou Veículo por Invalidez Permanente por Acidente pode ser contratada apenas em conjunto com umas das coberturas para eventos de invalidez permanente por acidente (IPA, IPAM, IPAC, IPATC, IPAT ou IPTA);**

1.1.2. **Está coberta a perda, redução ou impotência funcional definitiva que tenha sido indenizada por este seguro, em uma das coberturas de invalidez (IPA, IPAM, IPAC, IPATC, IPAT ou IPTA) por um percentual maior do que 50% (cinquenta por cento) do capital segurado.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Todos os riscos mencionados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. **O Capital Segurado desta cobertura não será reintegrado após a ocorrência de um evento coberto**.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) comprovantes das despesas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE LESÃO OCUPACIONAL – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Lesão Ocupacional - Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, quando o segurado, durante a vigência do seguro, vir a ser, pela primeira vez, diagnosticado como portador de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS/HIV positivo) **em decorrência do exercício de sua profissão, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida:** Doença Infecto-contagiosa causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)**.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) eventos não relacionados ao exercício da profissão do segurado;

b) portadores do HIV que não desenvolveram a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;

c) portadores do HIV sem a manifestação de doenças oportunistas relacionadas.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. **O Capital Segurado desta cobertura não será reintegrado após a ocorrência de um evento coberto, sendo a cobertura cancelada após a indenização**.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) declaração do médico infectologista indicando a data do diagnóstico (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar ainda informações e registros médicos que indiquem o momento temporal exato do primeiro diagnóstico da doença, a data em que iniciou o tratamento, a evolução clínica da doença, bem como os tratamentos realizados; e

b) cópia do CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);

c) os resultados do exames de hemograma, testes de função hepática e renal, teste anti-HIV (ELISA), antiHBc, HBsAg, anti-HCV e anti-HBs, e de outros exames realizados logo após o acidente de trabalho; e

d) os resultados dos testes anti-HIV (ELISA) realizados após 6 e 12 semanas, e após 6 meses do acidente de trabalho;

e) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

f) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

g) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

h) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE LESÃO OCUPACIONAL – HEPATITE B OU C

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Lesão Ocupacional - Hepatite B ou C consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, de uma única vez, quando o segurado, durante a vigência do seguro, vir a ser, pela primeira vez, diagnosticado como portador de Hepatite B ou C**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Hepatite**: doença infecciosa aguda ou crônica do fígado, causada por agentes virais (vírus do tipo B ou C).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

a) eventos não relacionados ao exercício da profissão do segurado;

b) qualquer outro tipo de hepatite, que não as Hepatites B ou C.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. **O Capital Segurado desta cobertura não será reintegrado após a ocorrência de um evento coberto, sendo a cobertura cancelada após a indenização**.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) Declaração do médico infectologista indicando a data do diagnóstico (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar ainda informações e registros médicos que indiquem o momento temporal exato do primeiro diagnóstico da doença, a data em que iniciou o tratamento, a evolução clínica da doença, bem como os tratamentos realizados; e

b) cópia do CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);

c) os resultados do exames de hemograma, testes de função hepática e renal, teste anti-HIV (ELISA), antiHBc, HBsAg, anti-HCV e anti-HBs, e de outros exames realizados logo após o acidente de trabalho; e

d) os resultados dos testes anti-HBc, HBsAg, anti-HCV e anti-HBs e de dosagem sérica de enzimas hepáticas (TGO e TGP) realizados após 6 meses do acidente de trabalho;

e) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

f) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

g) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

h) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE RECICLAGEM PROFISSIONAL DO CÔNJUGE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Reciclagem Profissional do Cônjuge consiste no reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado, das despesas com cursos de formação e treinamento profissional do cônjuge do segurado, em caso de falecimento do segurado em decorrência de evento coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao beneficiário após a conclusão do curso de formação ou de treinamento profissional.**

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Todos os riscos mencionados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;

b) Comprovante da inscrição/matrícula do curso de reciclagem;

c) Comprovante de pagamento do curso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE RECICLAGEM PROFISSIONAL DO CÔNJUGE POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Reciclagem Profissional do Cônjuge por Acidente consiste no, até o valor do Capital Segurado contratado, das despesas com cursos de formação e treinamento profissional do cônjuge do segurado, em caso de falecimento do segurado **em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao beneficiário após a conclusão do curso de formação ou de treinamento profissional.**

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Todos os riscos mencionados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;

b) Comprovante da inscrição/matrícula do curso de reciclagem;

c) Comprovante de pagamento do curso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS DE TREINAMENTO VOCACIONAL

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Despesas de Treinamento Vocacional consiste no reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado, das despesas com programas de orientação ou treinamento vocacional dos filhos do segurado, em caso de falecimento do segurado em decorrência de evento coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao beneficiário após a conclusão do programa de orientação ou treinamento vocacional.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Filho:** Para efeito desta cobertura é o filho, o enteado ou o menor considerado dependente do segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda – IRPF, dependência que deve ser comprovada pela Declaração de Imposto de Renda do segurado do ano anterior ao da graduação.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Todos os riscos mencionados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;
b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
c) cópia do prontuário médico-hospitalar, se houver;
d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
f) laudo de necropsia, se houver;
g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
h) Comprovante da inscrição/matrícula do treinamento vocacional; e
i) Comprovante de pagamento do curso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS DE TREINAMENTO VOCACIONAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Despesas de Treinamento Vocacional por acidente consiste no reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado, das despesas com programas de orientação ou treinamento vocacional dos filhos do segurado, em caso de falecimento do segurado **em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura, e será paga de uma única vez ao beneficiário após a conclusão do programa de orientação ou treinamento vocacional.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Filho:** Para efeito desta cobertura é o filho, o enteado ou o menor considerado dependente do segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda – IRPF, dependência que deve ser comprovada pela Declaração de Imposto de Renda do segurado do ano anterior ao da graduação.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Todos os riscos mencionados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais.**

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;
b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;
c) cópia do prontuário médico-hospitalar, se houver;
d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
f) laudo de necropsia, se houver;
g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
h) Comprovante da inscrição/matrícula do treinamento vocacional; e
i) Comprovante de pagamento do curso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS - IEFP

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Indenização Especial de Filhos Póstumos consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura ao responsável legal pelo(s) nascituro(s), de uma única vez, em caso de falecimento do segurado durante o período gestacional em decorrência de evento coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro**, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Quando o segurado for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos após a data do óbito do segurado.**

1.1.2. **Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre os nascituros.**

1.1.3. **Os natimortos, conforme definição no item 2.2. a seguir, não estão cobertos.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Nascituro:** Para efeito desta cobertura, é o filho biológico do segurado que já foi gerado ou concebido, mas ainda não nasceu.

2.2. **Natimorto:** Para efeito desta cobertura, considera-se natimorto o feto que morre dentro do útero da mãe ou durante o parto, **após a vigésima terceira semana de gestação**.

2.3. **Responsável legal**: É a mãe, pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.

2.4. **Período gestacional**: período entre a concepção e o momento do nascimento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos:**

a) os natimortos;

b) os nascimentos anteriores ao óbito do segurado.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;

b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;

c) cópia do prontuário médico-hospitalar, se houver;
d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
f) laudo de necropsia, se houver; e
g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;
h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS POR ACIDENTE - IEFPA

1. OBJETIVO

1.1. A cobertura de Indenização Especial de Filhos Póstumos por Acidente consiste no pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura ao responsável legal pelo(s) nascituro(s), de uma única vez, em caso de falecimento do segurado durante o período gestacional **em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Gerais**.

1.1.1. **Quando o segurado for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos após a data do óbito do segurado.**

1.1.2. **Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre os nascituros.**

1.1.3. **Os natimortos, conforme definição no item 2.2. a seguir, não estão cobertos.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Nascituro:** Para efeito desta cobertura, é o filho biológico do segurado que já foi gerado ou concebido, mas ainda não nasceu.

2.2. **Natimorto:** Para efeito desta cobertura, considera-se natimorto o feto que morre dentro do útero da mãe ou durante o parto, **após a vigésima terceira semana de gestação**.

2.3. **Responsável legal**: É a mãe, pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.

2.4. **Período gestacional**: período entre a concepção e o momento do nascimento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no item "4. RISCOS EXCLUÍDOS" das condições gerais, estão também excluídos:**

a) os natimortos;

b) os nascimentos anteriores ao óbito do segurado.

4. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

4.1. Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos básicos, além dos documentos mencionados no item 18 das condições gerais do seguro:

a) certidão de óbito do segurado;

b) Declaração Médica assinada pelo médico assistente;

c) cópia do prontuário médico-hospitalar, se houver;

d) cópia de laudos e exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;

e) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

f) laudo de necropsia, se houver; e

g) carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado;

h) cópia da ficha de registro do Empregado (FRE), em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

i) cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;

j) cópia da GFIP do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício;

k) cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE - IC

1. OBJETIVO

1.1. A cláusula suplementar de Inclusão de Cônjuge consiste na contratação das coberturas do seguro para o cônjuge do segurado principal.

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

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

2. DEFINIÇÃO

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. FORMA DE CONTRATAÇÃO

4.1. A forma de contratação da cláusula suplementar poderá ser:

a) **automática:** quando estarão cobertos automaticamente todos os cônjuges dos respectivos segurados principais, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas nas condições contratuais.

b) **facultativa:** quando são incluídos os cônjuges dos segurados principais mediante adesão individual, desde que aceitos pela seguradora.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. 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.

5.2. 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.

6. 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.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

7.1. As coberturas contratadas para o cônjuge 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.

7.2. 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.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

8.1. **Além das hipóteses previstas nas condições gerais e especiais das coberturas contratadas para o cônjuge, a cobertura individual cessa:**

a) com a cessação da condição de cônjuge, seja ou não comunicado este fato à seguradora e independentemente da cobrança do prêmio;

b) quando o segurado principal solicitar a exclusão de seu cônjuge, quando a forma de adesão é facultativa;

c) com o falecimento do cônjuge, exclusivamente na forma de adesão é facultativa.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF

1. OBJETIVO

1.1. A cláusula suplementar de Inclusão de Filhos consiste na contratação das 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 com funeral, 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.**

2. 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. FORMA DE CONTRATAÇÃO

4.1. 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.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. 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, observado o disposto no item 1.1. desta cláusula suplementar.

5.2. 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.

6. 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.

7. 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.

7.2. Os riscos individuais previstos no seguro começam a vigorar a partir da caracterização da condição de filho de acordo com o item 2.1.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

8.1. **Além das hipóteses previstas nas condições gerais e especiais das coberturas contratadas para os filhos, a cobertura cessa em caso de extinção da condição de Filho(s) de acordo com o definido no item 2.1 desta Cláusula.**

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. OBJETIVO

Fica entendido e concordado que, após o término de vigência da apólice, desde que a mesma seja renovada nesta seguradora, e depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo estabelecido no contrato de seguro, a seguradora procederá à distribuição de excedentes técnicos desta apólice, de acordo com as condições a seguir:

1. Os excedentes técnicos serão pagos na forma estabelecida no contrato de seguro.
2. Não haverá qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
3. Para efeito de apuração dos resultados técnicos, consideram-se:
   3.1. Como receita:
      a) Os prêmios líquidos, de competência correspondente ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
      b) O estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
      c) Estorno da reserva de sinistros ocorridos e não avisados, do período de vigência anterior.
   3.2. Como despesa:
      a) As comissões de corretagem, de administração (pró-labore) e de agenciamento pagas durante o período;
      b) O valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, pagos ou avisados, e ainda não considerados até o fim do período em apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
      c) Os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
      d) As despesas gerais de administração da seguradora, calculados em uma percentagem dos prêmios recebidos no período de apuração, bem como eventuais despesas extraordinárias com a apólice;
      e) Reserva de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR); e
      f) Impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros.
4. As receitas, as despesas e o excedente técnico serão atualizados monetariamente pelo IPC-A do IBGE, desde:
   a) a data de pagamento para prêmios e comissões;
   b) a data do aviso à seguradora para os sinistros;
   c) a data de apuração, para os saldos negativos anteriores;
   d) a data de recebimento do prêmio, para as despesas gerais da seguradora;
   e) o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico.
5. Nos seguros parcialmente ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido integralmente em benefícios ao grupo segurado, conforme definido no contrato de seguro.