

SEGURO DE PESSOAS COLETIVO – ACIDENTES PESSOAIS

Condições Contratuais

Versão 4.3

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.000357/2011-64
Ramo 0982

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do prêmio, o pagamento ao(s) beneficiário(s) do seguro, do valor devido pela cobertura contratada, limitado ao capital segurado, no caso de evento coberto, **observados os riscos expressamente excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado, a vigência do contrato de seguro e as demais disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** 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 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:

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

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

2.1.2. Excluem-se deste conceito:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, pandemias ou epidemias declaradas por órgão competente, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **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 Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **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:** documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação das coberturas contratadas.

2.3. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do capital segurado, na hipótese de evento coberto.

-
- 2.4. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.
- 2.5. **Carência:** período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito aos capitais segurados contratados.
- 2.6. **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.
- 2.7. **Cobertura:** risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.
- 2.8. **Comoriência:** presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.9. **Companheiro(a):** pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente e pelo contrato de seguro.
- 2.10. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.11. **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.12. **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas e/ou modalidades de um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante.
- 2.13. **Contrato de Seguro:** instrumento firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.14. **Doença ou Lesão Preexistente:** doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior a contratação do seguro, de seu conhecimento, não declaradas na contratação do seguro.
- 2.15. **Domicílio do Segurado:** endereço indicado pelo segurado e constante no certificado individual.
- 2.16. **Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo e fica investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulamentação em vigor.
- 2.17. **Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice, em determinado período.

-
- 2.18. **Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 2.19. **Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.20. **Grupo Segurável:** totalidade de pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.21. **Hospital:** instituição legalmente autorizada pelo Ministério da Saúde correspondente, para o diagnóstico, cuidados médicos e cirúrgicos de feridos ou doentes, oferecendo centros cirúrgicos, médicos e enfermeiros certificados, disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia. **Não entende-se como estabelecimento hospitalar: casa de saúde, ambulatórios, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, centro de diagnose, laboratórios, "day hospital", clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.**
- 2.22. **Impotência Funcional:** alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que gera prejuízo ao indivíduo.
- 2.23. **Indenização:** valor a ser pago ao(s) beneficiário(s) pela seguradora, quando da ocorrência de evento coberto, limitado ao valor do capital segurado individual da respectiva cobertura contratada, vigente na data de ocorrência do evento.
- 2.24. **Internação Hospitalar:** período de permanência do segurado na instituição hospitalar legalmente habilitada, por determinações médicas, resultantes de acidente pessoal coberto ocorrido com o mesmo.
- 2.25. **Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**
- 2.26. **Prêmio:** valor pago à seguradora correspondente a cada uma das coberturas contratadas.
- 2.27. **Premoriência:** morte do beneficiário antes do falecimento do segurado que o indicou na proposta de adesão.
- 2.28. **Proponente:** pessoa física ou jurídica interessada em contratar o seguro.
- 2.29. **Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.
- 2.30. **Proposta de Contratação:** documento assinado pelo estipulante, com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, no qual o estipulante expressa a intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento e concordância com as condições contratuais. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à seguradora avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do seguro.

-
- 2.31. **Pro Rata Temporis:** no caso do seguro, é o método de calcular o prêmio de forma proporcional aos dias de vigência decorridos do contrato de seguro.
- 2.32. **Redução Funcional:** alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.
- 2.33. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos, ocorridos neste período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao(s) beneficiário(s).
- 2.34. **Relatório Médico:** documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico habilitado com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.35. **Riscos Excluídos:** os riscos, previstos nas condições contratuais que não são cobertos pelo seguro.
- 2.36. **Segurado:** pessoa física, sobre a qual se procederá à avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.37. **Seguradora:** empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de prêmio, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.
- 2.38. **Seguro Contributivo:** aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.39. **Seguro Não Contributivo:** aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.
- 2.40. **Sinistro:** ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 2.41. **Tratamentos Cirúrgicos:** atos cirúrgicos realizados no segurado durante a internação hospitalar, decorrentes de eventos cobertos.
- 2.42. **Tratamentos Clínicos:** conjunto de ações de promoção, prevenção ou recuperação da saúde do segurado para enfermidades, acidentes ou lesões decorrentes de eventos cobertos, que exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicar em algum tratamento cirúrgico.
- 2.43. **Unidade de Terapia Intensiva – UTI:** corresponde à área do hospital dotada de sistema de monitorização contínua, que atende pacientes em estado potencialmente grave ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos.
- 2.44. **Vigência do Seguro:** período de validade da apólice do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. É facultada ao estipulante a composição das coberturas do seguro, aplicáveis a todo o grupo segurado, respeitando as regras de conjugação indicadas nesta cláusula e preestabelecidas pela seguradora. O conjunto das coberturas contratadas deverá ser identificado na proposta de contratação, sendo obrigatória a contratação de, no mínimo, uma das Coberturas Básicas relacionadas abaixo:

3.1.1. COBERTURAS BÁSICAS

- a) Morte Acidental – MA
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- c) Auxílio Alimentação por Morte Acidental – AA–MA
- d) Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH–A
- e) Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH–AD

3.1.2. COBERTURAS ADICIONAIS

- a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA–M
- b) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
- c) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO–A
- d) Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente – IFTTA
- e) Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH–A–UTI
- f) Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença UTI – DIH–AD–UTI
- g) Decessos – DC (Auxílio Funeral)

3.1.3. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

- a) Inclusão Automática de Dependente Cônjuge/Companheiro(a) – IADC
- b) Inclusão Facultativa de Dependente Cônjuge/Companheiro(a) – IFDC
- c) Inclusão Automática de Dependente Filho – IADF
- d) Inclusão Facultativa de Dependente Filho – IFDF

3.2. As coberturas básicas podem ser contratadas em conjunto ou isoladamente.

3.3. A cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA–M somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

3.4. A cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH–A–UTI somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH–A.

3.5. A cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença UTI – DIH–AD–UTI somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH–AD.

3.6. A cobertura adicional de Decessos – DC somente poderá ser contratada em conjunto com uma das coberturas básicas.

3.7. As coberturas descritas abaixo não poderão ser contratadas conjuntamente:

3.7.1. A cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA e a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA.

3.7.2. As coberturas básicas de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH–A e Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH–AD.

3.7.3. As Cláusulas Suplementares de Inclusão Automática de Dependente Cônjuge/Companheiro(a) – IADC e Inclusão Facultativa de Dependente Cônjuge/Companheiro(a) – IFDC.

3.7.4. As Cláusulas Suplementares de Inclusão Automática de Dependente Filho – IADF e Inclusão Facultativa de Dependente Filho – IFDF.

- 3.8. O estipulante e/ou subestipulante deverá(ão) declarar na proposta de contratação quais coberturas será(ão) contratada(s).
- 3.9. Aos menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.
- 3.10. As coberturas previstas nestas condições gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente previstas na apólice, no certificado individual e/ou no endosso.
- 3.11. A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital(is) segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. SÃO RISCOS EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:
- A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO EXPLOÇÃO NUCLEAR, PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
 - B) DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO;
 - C) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO AS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;
 - D) TRATAMENTO DE EXAME CLÍNICO, CIRÚRGICO OU MEDICAMENTOSO NÃO EXIGIDO DIRETAMENTE PELO ACIDENTE;
 - E) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;
 - F) NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;
 - G) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICOS;
 - H) ENVENENAMENTOS POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO DE GASES E VAPORES;
 - I) FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
 - J) SUICÍDIO OU SEQUELAS DECORRENTES DA SUA TENTATIVA, CASO OCORRAM NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DA COBERTURA, CONTADOS DA DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO OU DE SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;
 - K) DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO, CONFORME PREVISTO NO CÓDIGO CIVIL VIGENTE;

- L) ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, GUERRA CIVIL, GUERRILHA, REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO SE FOREM RESULTANTES DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO A OUTREM;
- M) VIAGENS EM AERONAVES OU EMBARCAÇÕES:
- QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO EM VIGOR DAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO;
 - DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
 - QUE, SENDO OFICIAIS MILITARES, NÃO ESTEJAM PRESTANDO SERVIÇO MILITAR;
- N) EPIDEMIAS E PANDEMIAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
- O) DE ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO.

4.2. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

NÃO ESTARÃO COBERTOS OS DANOS E AS PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. O âmbito geográfico de cada uma das coberturas será definido nas respectivas condições especiais.

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

6.1. A inclusão dos segurados na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, assinada pelo proponente ou seu representante legal, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde e/ou atividades, podendo ser compulsória ou facultativa.

7. CARÊNCIA

7.1. Não haverá carência para as coberturas deste seguro, exceto no caso de suicídio ou na sua tentativa, quando a referida carência corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso ou, ainda, da data do aumento do capital segurado (ocasião em que será considerado o capital segurado anterior ao aumento).

8. FRANQUIA

8.1. Poderão ser aplicadas franquias nas coberturas contratadas, cujos prazos estarão previstos nas condições especiais de cada cobertura e no contrato.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

9.2. A contratação do seguro se formalizará após a aceitação pela seguradora da proposta de adesão e declaração pessoal de saúde e atividades devidamente assinada(s) pelo(s) proponente(s) e/ou corretor, após o conhecimento das condições contratuais do seguro e demais informações definidas pelas disposições legais e regulamentares em vigor.

9.3. O pagamento do prêmio do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. A seguradora tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na seguradora, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco, **para aceitação ou recusa do risco.**

9.4. O prazo de 15 (quinze) dias para a análise e aceitação do risco ou alteração da proposta será suspenso, quando a seguradora verificar que as informações contidas na proposta de contratação são insuficientes e solicitar, a apresentação de novos documentos ou de exames. Caso o proponente seja pessoa física essa solicitação de documentação complementar poderá ocorrer uma única vez, durante esse prazo de análise do risco. Por outro lado, em sendo pessoa jurídica, a seguradora poderá solicitar documentos ou exames complementares, mais de uma vez, durante o prazo aqui previsto, desde que a seguradora indique os fundamentos do pedido desses novos elementos. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr a partir da data em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.

9.4.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

9.4.2. O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste por escrito, o motivo da recusa no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data em que a proposta de contratação for protocolizada junto à seguradora.

9.5. No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa, sendo garantida a cobertura do seguro da data do recebimento da proposta até a data da formalização da recusa.

9.6. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE O ITEM 9.5, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.

9.6.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 9.6, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

9.7. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 9.6, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS “PRO RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

9.8. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada ao endereço cadastrado na proposta de adesão ou por intermédio do corretor, informando os motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.

10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

10.1. O início e o término de vigência do seguro e alterações dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das respectivas datas indicadas na apólice/certificado de seguro.

10.2. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, **sem o pagamento de prêmio**, o início de vigência das coberturas deverá coincidir com a data de aceitação da proposta de adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes e previsto no contrato de seguro.

10.3. A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, **com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio**, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta de adesão pela seguradora.

10.4. O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.

10.5. A vigência individual será renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento da apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

11.1. A vigência da apólice será estabelecida nas condições contratuais.

11.2. A apólice será automaticamente renovada por um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de vencimento da apólice, comunicar, por escrito, o desinteresse pela continuidade.

11.3. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa, por escrito, entre as partes.

11.4. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

11.5. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual aos segurados.

12. CAPITAIS SEGURADOS

- 12.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e serão estabelecidos na apólice/certificado de seguro.
- 12.2. Os capitais segurados do segurado dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer coberturas, não podem ser superiores ao do segurado principal.

13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 13.1. Poderá ser efetuado o aumento dos capitais segurados, durante a vigência do seguro, mediante solicitação por escrito do segurado, e o pagamento do prêmio correspondente, observado o limite máximo de capital segurado individual vigente e a previsão da Cláusula 9 – ACEITAÇÃO DO SEGURO.
- 13.2. Se aceitos pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência, a partir do 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento do capital segurado, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para a hipótese de suicídio.
- 13.3. **Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento dos respectivos capitais segurados.** Nestes casos, os capitais segurados serão apenas atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 13.3.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV.
- 13.4. O segurado fica ciente que, para o aumento do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou lesão preexistente ao aumento do capital segurado não declarada na proposta de adesão, e de conhecimento do segurado, o pagamento da indenização prevista para a cobertura de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou segurado.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 14.1. Os capitais segurados e os prêmios deverão ser atualizados monetariamente ou segundo a variação do salário/provento, ou segundo outros fatores objetivos conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.
- 14.2. As atualizações de capitais segurados se aplicarão a todos os segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os segurados ativos.
- 14.3. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, em moeda nacional, em cada aniversário da apólice pelo IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 14.3.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGPM/FGV.

- 14.3.2. As atualizações serão calculadas com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 14.3.3. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice previsto no item anterior até a data da ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.
- 14.4. Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 14.3, a partir da data em que se tornarem exigíveis:
- a) **No caso de cancelamento do contrato:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento pela seguradora, ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora;
 - b) **No caso de recebimento indevido de prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo prêmio;
 - c) **No caso de recusa da proposta:** em 10 (dez) dias após a data da formalização da recusa, observada a Cláusula 9 – ACEITAÇÃO DO SEGURO.
- 14.5. Os valores das indenizações de sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 14.3, a partir da data de ocorrência do evento – ou, se for o caso de reembolso, a partir do dispêndio – até a data do efetivo pagamento, **somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.**
- 14.6. Os valores devidos a título de pagamento de indenização serão acrescidos de juros moratórios de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês, quando o prazo estipulado, respeitando-se a faculdade de interrupção da respectiva contagem, quando for o caso, não for cumprido. Os juros moratórios serão calculados “pro rata temporis”, contados a partir do 1º (primeiro) dia útil posterior ao término do prazo fixado até a data do efetivo pagamento.
- 14.7. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 14.8. Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano não haverá atualização do capital segurado.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1. A periodicidade de pagamento do prêmio poderá ser em parcela mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, podendo esse último ser fracionado, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.
- 15.1.1. **Em caso de pagamento fracionado do prêmio, o segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas. Neste seguro não haverá aplicação de juros sobre o prêmio fracionado.**
 - 15.1.2. **Para os prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.**
 - 15.1.3. **Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.**
- 15.2. A data limite para o pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.

-
- 15.3. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia seguinte em que houver expediente bancário.
- 15.4. Ultrapassada a data limite para o pagamento, o valor devido do prêmio se sujeita à atualização monetária pela variação positiva do IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, publicado pelo IBGE.
- 15.4.1. A atualização que trata o item anterior será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data do pagamento do prêmio.
- 15.4.2. Caso o IPCA/IBGE seja extinto, será utilizado o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas.
- 15.4.3. Além da atualização, o não pagamento do prêmio no prazo fixado implicará aplicação de juros moratórios equivalentes 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês, contados a partir do 1º (primeiro) dia posterior à data-limite do pagamento do prêmio.
- 15.5. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
- 15.6. Caso o evento coberto ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado ainda naquele prazo.
- 15.7. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nas Cláusulas 18 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, destas condições gerais.
- 15.7.1. Nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o estipulante deixar de repassar à seguradora, e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, poderá ocorrer a suspensão ou o cancelamento do seguro, à critério da seguradora, ficando o estipulante sujeito à cominações legais previstas na legislação vigente.
- 15.7.2. O estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, ficará o estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada segurado.
- 15.8. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto na Cláusula 16 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas condições gerais.
- 15.9. Como o plano está estruturado em regime financeiro de repartição simples, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.
- 15.10. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

15.11. Nos casos em que o segurado é o responsável pelo pagamento do prêmio de seguro, ele deverá continuar pagando o valor integral do prêmio de seguro, independente de qualquer indenização que tenha sido efetuada em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, pois o capital segurado será reintegrado automaticamente.

16. REAVALIAÇÃO DE TAXA

16.1. A seguradora reavaliará periodicamente, as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme condições contratuais e legislação vigente.

16.2. Em caso de reavaliação de taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

17.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:

- a) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- b) Quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
- c) Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;
- d) Com a ocorrência da morte do segurado;
- e) Com a não renovação ou cancelamento da apólice, respeitando o disposto nas Cláusulas 11 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, destas condições gerais;
- f) Quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago; e
- g) Com o pagamento do capital segurado integral de uma das coberturas adicionais contratadas, que preveja a exclusão do segurado da apólice.

18. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

18.1. Na falta de pagamento de parcela posterior à primeira a cobertura será suspensa. Os sinistros ocorridos no período de suspensão não terão cobertura.

18.2. No caso de contratos com pagamento de prêmio antecipado, a reabilitação do seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento da próxima fatura/parcela, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

18.3. No caso de seguros com cobrança de prêmio futura, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, conforme previsto nos subitens 15.1.2 e 15.1.3 da Cláusula 15 – PAGAMENTO DO PRÊMIO.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. O seguro poderá ser cancelado a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

19.2. EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ÚNICO OU DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO MENSAL OU FRACIONADO (BIMESTRAL, TRIMESTRAL OU SEMESTRAL) ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, NÃO ESTARÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DO CONTRATO DO SEGURO.

19.3. NÃO HAVERÁ CANCELAMENTO DA COBERTURA ENQUANTO NÃO OCORRER A FALTA DE PAGAMENTO DE 2 (DUAS) PARCELAS POSTERIORES A PRIMEIRA, CONSECUTIVAS OU NÃO.

19.3.1. Durante a vigência, a apólice não poderá ser cancelada pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza do risco.

19.4. No caso de cancelamento do contrato, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes hipóteses:

19.4.1. Na hipótese de cancelamento a pedido da seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;

19.4.2. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a seguinte tabela de prazo curto:

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % entre parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro	Fração a ser aplicada sobre a vigência original	Relação % entre parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

19.4.3. Para prazos não previstos na tabela acima, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.

19.5. No caso de cancelamento do contrato de seguro, os valores exigíveis serão calculados a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

19.6. No caso de morte do segurado, o seguro será cancelado automaticamente na data do evento coberto.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 20.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o estipulante, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento ou outros meios disponibilizados pela seguradora.
- 20.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do segurado, do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 20.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte dos beneficiários, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 20.3.1. **A documentação especificada nas respectivas condições especiais das coberturas não é restritiva. A seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos/informações que se façam necessários durante a regulação do sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação.**
- 20.3.2. Caso a seguradora solicite apresentação de outros documentos/informações necessários à conclusão da análise e regulação do sinistro, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 20.3 será suspenso, voltando a contar a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte à data da entrega dos documentos/informações solicitados.
- 20.4. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no item 20.3, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acrescido de juros de mora de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês, calculado “pro rata temporis” desde a data do evento até a data do efetivo pagamento, independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 20.5. **Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**
- 20.6. Nos casos de cobertura internacional, os eventuais encargos de tradução necessários à regulação de sinistros, ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 20.7. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 20.8. Poderá ser solicitado o(s) comprovante(s) de pagamento do prêmio de seguro, para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento, porém anteriormente à data do sinistro.
- 20.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento reclamado pelo segurado não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

21. PERDA DE DIREITOS

- 21.1. A seguradora não pagará qualquer indenização referente ao presente seguro, nem restituirá o prêmio do seguro, e terá ainda o direito ao recebimento do prêmio vencido, se o segurado agravar intencionalmente o risco, ou caso o estipulante, o segurado, seu(s) beneficiário(s), seu corretor ou seu(s) representante(s) legal(is) tenham qualquer relação com as seguintes situações:
- Declarações inexatas ou omissão de circunstâncias que possam influenciar na aceitação da proposta de adesão ou na taxação do seguro. Neste caso, o segurado também ficará obrigado ao pagamento do prêmio vencido;
 - Não cumprimento das obrigações definidas nas condições contratuais do seguro;
 - Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
 - Fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
 - Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
 - Solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e
 - Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro para obter ou majorar seu capital segurado.
- 21.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:
- 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 ou restringindo a cobertura contratada.
 - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
 - 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 restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
 - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, sem prejuízo da cobrança da diferença de prêmio cabível.
- 21.3. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.
- 21.3.1. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração pessoal de saúde e atividades.
- 21.4. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou,

mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

22. BENEFICIÁRIOS

22.1. A indicação dos beneficiários deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.

22.2. Os beneficiários poderão ser alterados a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora.

22.3. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será admitida a substituição do(s) beneficiário(s) anteriormente indicado(s), mediante solicitação expressa e por escrito à seguradora, observadas as restrições legais.

22.3.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado aos antigos beneficiários.

22.4. O beneficiário do(s) cônjuge(s) e filhos será sempre o segurado principal.

22.5. Caso não seja(m) indicado(s) o(s) beneficiário(s) na proposta de adesão, o capital segurado será pago conforme o estabelecido no Código Civil, ou seja, metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

22.6. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

22.7. Na falta de beneficiários indicados na proposta de adesão ou beneficiários legais, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para inclusão mensal de segurados e consequente emissão de faturas, se couber;
- b) Manter a seguradora informada a respeito do segurado, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido na apólice;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo artigo 7º da Resolução CNSP 107/04;
- e) Pagar no banco credenciado, o valor total dos prêmios, se couber;

- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
- g) Discriminar o nome da seguradora, nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela seguradora;
- h) Comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
- i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;
- j) Comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerarem irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- l) Cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

24. PERÍCIA MÉDICA

- 24.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.
- 24.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

25. DIVERGÊNCIA DE NATUREZA MÉDICA

- 25.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 25.2. Esta junta médica deverá ser constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro, pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.**
- 25.3. 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.
 - 25.3.1. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. **Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.**
 - 25.3.2. A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, reembolso de despesas.
- 25.4. Havendo divergência sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

26. CONCORRÊNCIA DE APÓLICE

26.1. Para as **coberturas de reembolso**, a seguradora poderá solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de aceitação, informação ao proponente ou ao segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

26.1.1. O segurado não será obrigado a informar à seguradora à contratação posterior de outros seguros de pessoas com cobertura concomitantes.

27. CLÁUSULA DE EXCEDENTE TÉCNICO

27.1. Poderá ser acordado entre o estipulante e a seguradora a inserção da cláusula de Excedente Técnico, cujas regras estarão disponíveis nas condições contratuais.

28. PRESCRIÇÃO

28.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

29. FORO

29.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste seguro.

30. DISPOSIÇÕES FINAIS

30.1. O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

30.2. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

30.3. Este seguro será por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

30.4. As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante na apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

30.5. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa, por escrito, e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado, mediante o recebimento do prêmio correspondente pela seguradora, aos beneficiários indicados na proposta de adesão ou, na sua falta, aos beneficiários legais, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, **observadas as disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, os eventos descritos nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais.

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do falecimento do segurado.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 6.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura termina:
- Com o pagamento de indenização por ocasião de sinistro ocorrido com o segurado;
 - Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
 - Com o pagamento do capital segurado desta cobertura.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários serão definidos conforme o disposto na Cláusula 22 – BENEFICIÁRIOS das condições gerais.

9. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

- 9.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.
- 9.2. Além disso, para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) beneficiário(s);
 - b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
 - c) Cópia do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro nacional para Estrangeiro, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - d) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s);
 - e) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do beneficiário. Na falta de RG e CPF, Cópia da Certidão de Nascimento;
 - f) Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada e emitida após o óbito, com averbação do óbito, ou de comprovação de união estável por ocasião do sinistro;
 - g) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO;
 - h) Cópia do C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho, se houver;
 - i) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor do veículo;
 - j) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se houver;
 - k) Laudo toxicológico e de dosagem alcoólica. Caso não tenha sido realizado, apresentar declaração do órgão competente, se houver;
 - l) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver.
- 9.3. O pagamento do capital segurado será realizado sob forma única.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado, mediante recebimento do prêmio correspondente pela seguradora, ao próprio segurado, caso venha a ficar total ou parcialmente inválido, em caráter permanente, pela perda ou impotência funcional definitiva e total ou parcial de membro ou órgão especificado na Cláusula 11 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, desta condição especial, em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual, observadas as disposições contratuais.
- 1.1.1. Entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos (de acordo com o item 1.1 acima descrito), em virtude de lesão física exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.
- 1.1.2. O pagamento da indenização para essa cobertura estará condicionado à comprovação de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do segurado, nos termos do subitem 1.1.1, quando da alta médica definitiva, contendo o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s), descritos em diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 1.1.3. No caso de Invalidez Parcial por Acidente, não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial será calculado pela aplicação, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado da porcentagem prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita na Cláusula 11 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.
- 1.1.4. 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 proporcional será calculada, na base das porcentagens de 75% (setenta e cinco por cento) para o grau máximo, 50% (cinquenta por cento) para o grau médio e 25% (vinte e cinco por cento) para o grau mínimo, aplicados sobre a Tabela para Cálculo de Indenização constante na Cláusula 11 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, desta condição especial.
- 1.2. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais estabelecidos para cada um, conforme TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, transcrita na Cláusula 11, desta condição especial, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.
- 1.3. Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, o somatório das indenizações não poderá exceder o total previsto na TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, transcrita na Cláusula 11, desta condição especial, caso houvesse a perda completa desse membro.

- 1.4. A perda ou redução maior da função de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dará direito a reclamações, salvo quando declarada previamente na proposta de adesão, caso em que se reduzirá do grau definitivo a invalidez preexistente no cálculo da indenização.
- 1.5. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, transcrita na Cláusula 11, desta condição especial, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 1.6. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.
- 1.7. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata essa cobertura, devendo ser comprovada por declaração médica, respeitados os documentos solicitados na Cláusula 10 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS desta condição especial.
- 1.8. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como as avaliações da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 1.9. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de Invalidez Permanente Total por Acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.
- 1.10. Se ambas as coberturas por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente tiverem sido contratadas, suas indenizações não se acumularão. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte será deduzida a importância já paga por invalidez permanente.
- 1.11. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto;
 - b) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto;

- c) Todo e qualquer dano e/ou seqüela causados pela doença conhecida como Acidente Vascular Cerebral – AVC;
- d) Qualquer perda, redução, impotência permanente total ou parcial de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, quando caracterizada a **invalidez permanente parcial por acidente**, de acordo com as demais disposições das condições contratuais, sem cobrança de prêmio adicional.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto do segurado.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 7.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:
- a) Com o pagamento integral do capital segurado para essa cobertura;
 - b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
 - c) Quando for cancelada esta cobertura adicional.

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1. O beneficiário será o próprio segurado.

10. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

- 10.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.
- 10.2. Além disso, para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- a) Formulário “Aviso de Sinistro” com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;

- b) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT;
- c) Exame de corpo de delito, quando indicado;
- d) Cópia do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- e) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- f) Cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário referente ao último mês de atividade;
- g) Cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – B.O.;
- i) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se houver;
- j) Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho, se houver;
- k) Laudo toxicológico e de dosagem alcoólica, caso não tenha sido realizado apresentar declaração do órgão competente, se houver;
- l) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver;
- m) Exame de corpo de delito, quando houver;
- n) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito, e se o segurado for o condutor do veículo;
- o) No caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;
- p) Exames e laudos médicos que confirmem a invalidez permanente; e
- q) Relatório médico informando o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.

11. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

11.1. Caracterizada a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nesta condição especial, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir, observando o disposto no subitem 1.1.1 da Cláusula 1 – OBJETIVO DA COBERTURA desta condição especial:

Invalidez Permanente por Acidente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda Total da visão de ambos os olhos	100
	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 ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável	
	Nefrectomia bilateral	
	Perda total da visão de um olho quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40

Parcial (Diversas)	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia de Disco Lombar e Torácica	25
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia Inguinal ou Inguino-Escrotal	10
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
	Hérnia Umbilical	10
	Hérnia Epigástrica	10
Parcial (Membros Superiores)	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	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 (um terço) 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
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, indenização equivalente a ½ (metade) e, dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15

	Ecurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros	10
	Ecurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	06
	Ecurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros	Sem Indenização
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
Diversas	MANDÍBULA	
	Maxilar Inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau máximo	15
	Em grau médio	10
	Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	07
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fístulas	25
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	07
	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio bilateral	07
	Ectrópio bilateral	06
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ectrópio unilateral	03
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Aparelho de Fonação	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	08
	PERDA DO BAÇO	
	APARELHO URINÁRIO	
	Incontinência urinária permanente	30
Cistostomia (definitiva)	30	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15	
Perda de rim único	75	
Perda de um rim, com rim remanescente	30	
Redução da função renal (dialítica)	75	
Redução da função renal (não dialítica)	50	
Com função preservada		

APARELHO REPRODUTOR E GENITAL	
Amputação traumática do pênis	40
Perda do útero antes da menopausa	30
Perda de dois testículos	15
Perda de dois ovários	15
Perda do útero depois da menopausa	10
Perda de um testículo	05
Perda de um ovário	05
PESCOÇO	
Traqueostomia definitiva	40
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Recepção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
Com insuficiência respiratória	75
Com redução em grau médio da função respiratória	50
Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
Com função respiratória preservada	15
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia bilateral	20
Mastectomia unilateral	10
ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia Total	40
Gastrectomia subtotal	20
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial com síndrome disabsorviva ou ileostomia definitiva	40
Ressecção parcial	20
INTESTINO GROSSO	
Colostomia definitiva	40
Colectomia total	40
Colectomia parcial	20
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal com prolapso	50
Incontinência fecal sem prolapso	30
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

-
- 11.2. 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.
- 11.3. As indenizações por Morte Acidental – MA ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA ou Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não se acumulam. Se, depois de pago capital segurado por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido, do valor do capital segurado a ser pago, o valor já indenizado.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL – AA-MA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado, mediante recebimento do prêmio correspondente pela seguradora, aos beneficiários do seguro, para auxiliar nos gastos com alimentação, em caso de falecimento do segurado, **decorrente direta e exclusivamente de acidente pessoal coberto**, ocorrido durante a vigência do seguro, **observadas as disposições contratuais**.
- 1.2. A forma e a periodicidade do pagamento desta cobertura serão determinadas na apólice e/ou certificado individual e/ou no contrato de seguro, respeitado o limite do capital segurado contratado para esta cobertura, e poderá ser:
 - a) A entrega de cestas básicas, de acordo com o definido no certificado individual e/ou na apólice;
 - b) Pagamento em dinheiro; ou
 - c) Entrega de crédito em cartão magnético.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão **expressamente excluídos** desta cobertura, os eventos descritos nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais.

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Considera-se como data de evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que der causa ao falecimento do segurado.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 6.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:
 - a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura;
 - b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. A indicação de **um único beneficiário** deverá ser realizada na proposta de adesão, **exclusivamente**, para essa cobertura.
- 8.2. Na hipótese de não haver indicação de beneficiário para esta cobertura, o pagamento do capital segurado obedecerá ao seguinte critério:
- 8.2.1. Cônjuge ou companheiro(a);
 - 8.2.2. Na falta do cônjuge ou companheiro(a), **exclusivamente** ao filho mais novo;
 - 8.2.3. Na falta dos anteriores, o pagamento seguirá a ordem de vocação hereditária prevista no Código Civil, privilegiando, nesse caso, a pessoa mais idosa, observado que na classe dos ascendentes e colaterais grau mais próximo exclui o mais remoto.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.
- 9.2. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) beneficiário(s);
 - b) Relatório Médico assinado pelo médico assistente contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do segurado;
 - c) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
 - d) Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada, emitida após o óbito (com averbação do óbito), ou de comprovação da união estável por ocasião do sinistro;
 - e) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado;
 - f) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - g) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s);
 - h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO;
 - i) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se houver;
 - j) Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho, se houver;
 - k) Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
 - l) Laudo toxicológico e de dosagem alcoólica, caso não tenha sido realizado apresentar declaração do órgão competente, se houver;
 - m) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE – DIH-A

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, garante ao próprio segurado, o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar, em decorrência de acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias estabelecido na apólice e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro, **observadas as disposições contratuais.**
- 1.2. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH-AD e a cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH-AD-UTI.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
 - b) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto, e salvo aquelas reparadoras de lesões decorrentes do tratamento cirúrgico de neoplasias;
 - c) Gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;
 - d) Procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
 - e) Cirurgia para correção de fimose;
 - f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
 - g) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
 - h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
 - i) Cirurgias plásticas (estéticas ou não);
 - j) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - k) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
 - l) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
 - m) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão estabelecidos na apólice e/ou contrato de seguro e/ou certificado individual, respeitadas as seguintes regras:
- Valor máximo por diária estabelecido e definido na apólice, e/ou no contrato de seguro e/ou no certificado individual;
 - Limite máximo de até 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
 - Limite de até 2 (dois) eventos cobertos por vigência.
- 4.2. O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária, vezes o número de dias de internação, respeitando o período de franquia.
- 4.3. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, após o período de franquia indicado na Cláusula 10 – FRANQUIA desta condição especial, até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais.
- 4.4. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 4.5. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições das condições contratuais, sem cobrança de prêmio adicional.
- 5.2. Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 5.3. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.
- 5.3.1. Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido na Cláusula 4 – CAPITAIS SEGURADOS desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Considera-se como data de evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da internação.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:
- Com o pagamento da quantidade total de eventos contratados, constantes na apólice individual, e/ou certificado individual, e/ou contrato de seguro;
 - Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1. O beneficiário será o próprio segurado.

10. FRANQUIA

- 10.1. O período de franquia para esta cobertura é de, até, 15 (quinze) dias e será contado a partir do horário inicial de internação hospitalar, deverá ser indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro.

11. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

- 11.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.
- 11.2. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- Relatório ou laudo preenchido, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima em decorrência do acidente pessoal e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, data de entrada e saída do hospital, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
 - Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
 - Todos os exames realizados;
 - Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
 - Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
 - Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH-AD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, garante ao próprio segurado, o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias estabelecido na apólice e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro, observadas as disposições contratuais.
- 1.2. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A e a cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH-A-UTI.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
 - b) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto, e salvo aquelas reparadoras de lesões decorrentes do tratamento cirúrgico de neoplasias;
 - c) Gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;
 - d) Procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
 - e) Cirurgia para correção de fimose;
 - f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
 - g) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
 - h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
 - i) Cirurgias plásticas (estéticas ou não);
 - j) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - k) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
 - l) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
 - m) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão estabelecidos na apólice e/ou contrato de seguro e/ou certificado individual, respeitando as seguintes regras:
- Valor máximo por diária estabelecido e definido na apólice, e/ou no contrato de seguro e/ou no certificado individual;
 - Limite máximo de até 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
 - Limite de até 2 (dois) eventos cobertos por vigência.
- 4.2. O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária, vezes o número de dias de internação, respeitando o período de franquia.
- 4.3. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, após o período de franquia indicado na Cláusula 10 – FRANQUIA desta condição especial, até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais.
- 4.4. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 4.5. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições das condições contratuais, sem cobrança de prêmio adicional.
- 5.2. Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 5.3. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.
- 5.3.1. Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido na Cláusula 4 – CAPITAIS SEGURADOS desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Considera-se como data de evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da internação.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura cessa:
- Com o pagamento da quantidade total de eventos contratados, constantes na apólice individual, e/ou certificado individual, e/ou contrato de seguro;
 - Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1. O beneficiário será o próprio segurado.

10. FRANQUIA

- 10.1. O período de franquia para esta cobertura é de, até, 15 (quinze) dias e será contado a partir do horário inicial de internação hospitalar estando indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro.

11. CARÊNCIA

- 11.1. Para os eventos decorrentes de doença, o período de carência para esta cobertura é de, até, 90 (noventa) dias e será contado a partir do início de vigência do seguro, estando indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro.

12. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

- 12.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.
- 12.2. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- Relatório ou laudo preenchido, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima em decorrência de doença ou acidente pessoal e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, data de entrada e saída do hospital, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
 - Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
 - Todos os exames realizados;
 - Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
 - Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – MAJORADA – IPA–M

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento do prêmio adicional, garante ao próprio segurado, o pagamento complementar da indenização, para atingir 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto, durante a vigência do seguro, respeitadas as condições contratuais, para os membros ou órgãos descritos a seguir:
 - a) Perda total do uso de um dos dedos indicadores;
 - b) Perda total do uso de um dos polegares;
 - c) Perda total da visão de um olho; e
 - d) Perda total do uso de uma das mãos.
- 1.2. No caso de lesões múltiplas previstas ou não nesta cláusula, a indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado da cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.
 - 1.2.1. O segurado se obriga, em caso de acidente coberto por estas apólices, e sob pena de perder o direito a qualquer indenização, a submeter-se a exame médico por profissional indicado pela seguradora, desde que tal medida seja considerada necessária pela seguradora.
- 1.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.
- 1.4. Esta cobertura somente poderá ser contratada para os seguintes profissionais: médicos, dentistas, advogados, músicos, artistas plásticos, escritores, fisioterapeutas, arquitetos, desenhistas técnicos e comerciais, engenheiros. A comprovação do exercício da profissão deverá ser feita no momento da adesão ao seguro. No caso de não comprovação do exercício de tais profissões esta cobertura será considerada sem efeito, prevalecendo os percentuais originais da TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, transcrita na Cláusula 11 da cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, destas condições especiais, para cálculo de indenização permanente parcial.
- 1.5. Entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos (de acordo com o item 1.1 acima descrito), em virtude de lesão física exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.
- 1.6. O pagamento da indenização para essa cobertura estará condicionado à comprovação de Invalidez Permanente Parcial por Acidente do segurado, nos termos do item 1.1, quando da alta médica definitiva, contendo o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s), descritos em diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 1.7. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, calculadas conforme disposto nos itens anteriores, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado

para esta cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

- 1.8. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata essa cobertura, devendo ser comprovada por declaração médica, respeitados os documentos solicitados na Cláusula 10 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS desta condição especial.
- 1.9. 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.
- 1.10. As indenizações por Morte Acidental – MA e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não se acumulam.
- 1.11. Esta cobertura não será extensiva aos segurados dependentes.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto;
 - b) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto;
 - c) Todo e qualquer dano e/ou seqüela causados pela doença conhecida como Acidente Vascular Cerebral – AVC;
 - d) Os eventos ocorridos em consequência de qualquer perda, redução, impotência permanente total ou parcial de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados corresponderão ao complemento da indenização da cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA para atingir 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, observados o item 1.1 da Cláusula 1 – OBJETIVO DA COBERTURA, desta condição especial.

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Considera-se como data de evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. Esta cobertura abrange os eventos cobertos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional cessa:

- a) Com o pagamento integral do capital segurado dessa cobertura;
- b) Com o pagamento integral da cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, referente a lesões ocorridas em membros diversos dos descritos no item 1.1 da Cláusula 1 – OBJETIVO DA COBERTURA dessa cobertura;
- c) Quando for cancelada a cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA;
- d) Quando for cancelada esta cobertura adicional.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. Considera-se como beneficiário desta cobertura adicional o próprio segurado.

9. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

9.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.

9.2. Além disso, para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- b) Relatório Médico informando o diagnóstico, tratamento aplicado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
- c) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- d) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO;
- f) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se houver;
- g) Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho, se houver;
- h) Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
- i) Laudo toxicológico e de dosagem alcoólica, caso não tenha sido realizado apresentar declaração do órgão competente, se houver;
- j) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver;
- k) Exame de corpo de delito, quando houver;
- l) Cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- m) Cópia do Termo de Aposentadoria do INSS.

Sede Berrini

Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin
São Paulo • SP • Brasil • 04578-000

www.mapfre.com.br



10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido, pela perda ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão especificado na Cláusula 10 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE, desta condição especial, em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, durante a vigência do seguro, observadas as disposições contratuais.
 - 1.1.1. Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.
 - 1.1.2. O pagamento da indenização para essa cobertura estará condicionado à comprovação de Invalidez Permanente Total por Acidente do segurado, nos termos da Cláusula 10 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE, desta condição especial, quando da alta médica definitiva, contendo o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s), descritos em diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 1.2. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 1.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, calculadas conforme disposto nos itens anteriores, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.
- 1.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata essa cobertura, devendo ser comprovada por declaração médica, respeitados os documentos solicitados na Cláusula 9 – LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS desta condição especial.
- 1.5. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto;
 - Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto;
 - Todo e qualquer dano e/ou sequela causados pela doença conhecida como Acidente Vascular Cerebral – AVC;
 - Os eventos ocorridos em consequência de qualquer perda, redução, impotência permanente total ou parcial de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais.

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Considera-se como data de evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 6.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional cessa:
- Quando for cancelada esta cobertura adicional;
 - Com o pagamento do capital segurado dessa cobertura;
 - Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Considera-se como beneficiário desta cobertura adicional o próprio segurado.

9. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

- 9.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.

- 9.2. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- a) Formulário "Aviso de Sinistro", com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
 - b) Relatório Médico informando o diagnóstico, tratamento aplicado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
 - c) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - d) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
 - e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO;
 - f) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se houver;
 - g) Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho, se houver;
 - h) Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
 - i) Laudo toxicológico e de dosagem alcoólica, caso não tenha sido realizado apresentar declaração do órgão competente, se houver;
 - j) Cópia do Laudo da perícia técnica realizada no local, se houver;
 - k) Exame de corpo de delito, quando houver;
 - l) Cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
 - m) Cópia do Termo de Aposentadoria do INSS.

9.3. O pagamento do capital segurado será realizado sob parcela única.

10. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

10.1. Caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nesta condição especial, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir, observando o disposto no subitem 1.1.1 da Cláusula 1 – OBJETIVO DA COBERTURA desta condição especial:

Invalidez Permanente	Discriminação	Percentual (%) sobre o Capital Segurado
TOTAL	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 de uso de ambos os pés Alienação mental total e incurável Nefrectomia Bilateral	100

10.2. Não haverá indenização nos casos de perda parcial ou redução de funções de membros e/ou órgãos, sem que haja caracterização de invalidez permanente e total por acidente pessoal, nos termos destas condições especiais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO-A

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, garante o **reembolso** ao segurado, até o limite do capital segurado contratado, no caso de acidente pessoal coberto, durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, efetuadas pelo segurado para seu tratamento médico, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, **observadas as disposições contratuais**.

1.1.1. A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e odontológicas incorridas, com base em critérios indicados por médicos, necessários para o restabelecimento do segurado, observados o limite máximo de indenização indicado no certificado individual.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) Aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) Cirurgias plásticas, tratamentos rejuvenescedores e/ou estéticos;
- d) Continuidade e o controle de tratamentos anteriores referentes a doenças e lesões preexistentes ou crônicas;
- e) Exames e/ou hospitalizações para *check up*;
- f) Extensão de receita, ou seja, atendimento para prescrição de medicamentos de uso contínuo em situações não caracterizadas como Emergência ou Urgência;
- g) Exame pré-natal e parto (natural ou cesariana, quando este não representar risco de morte ou sofrimento intenso);
- h) Compra e aluguel de cadeira de rodas e muletas;
- i) Atendimento ortodôntico de rotina;
- j) Despesas realizadas pelo segurado não prescritas por médico.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais.

5. DATA DO EVENTO

5.1. Considera-se como data de evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. Este seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em todo o território nacional.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O limite de capital segurado relativo a cada uma das ocorrências indicadas nesta condição especial será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento coberto.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional cessa:

- a) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
- b) Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Morte.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1. O beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas por esta cobertura, mediante apresentação das notas fiscais originais.

10. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

10.1. As regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

10.2. O valor a ser reembolsado ao(s) segurado(s) estará limitado ao valor efetivamente gasto, observado o capital segurado vigente na data do evento.

10.3. Para a análise e regulação de sinistro, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário "Aviso de Sinistro", com informações gerais sendo todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou seu representante legal;
- b) Exames, relatórios e laudos médicos que confirmem o sinistro;
- c) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional de Estrangeiro, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do segurado. Na falta de RG e CPF, Cópia da Certidão de Nascimento;
- d) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;

- e) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver e Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho;
- g) Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
- h) Notas Fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As Notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título do primeiro risco através do DPVAT.

10.4. A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas incorridas, a critérios médicos, necessários para o restabelecimento do segurado, observados o limite máximo de indenização indicado na apólice e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro.

10.5. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda, da data do efetivo pagamento efetuado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela seguradora, quando da liquidação do sinistro.

10.6. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados. Não obstante, poderá a seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços, colocando-os à livre disposição do segurado.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – IFTTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, garante ao segurado o pagamento das diárias a que tiver direito, em caso de incapacidade total e temporária, se essa incapacidade, decorrer exclusivamente de acidente pessoal coberto, desde que respeitado o período de franquia, **observadas as disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, também se aplicam a presente cobertura as seguintes definições:

- 2.1.1. **Incapacidade Temporária:** caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando este ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1. Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos (que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados na Cláusula 12 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, desta condição especial e que se encontrem em plena atividade profissional e em condições normais de saúde, na data da respectiva contratação do seguro.
- 3.2. Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o segurado somente estará elegível à indenização de um segundo evento, para a mesma cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos expressamente excluídos nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) Incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
 - b) Hospitalização para a realização de exames de rotina;
 - c) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, procedimentos anticoncepcionais, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
 - d) Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de evento coberto;

- e) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais e reconstrução mamária em decorrência de retirada de câncer, desde que o diagnóstico da doença tenha ocorrido durante a vigência do seguro;
- f) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- g) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença, ou abração química e cirúrgica, e suas consequências;
- h) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- i) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- j) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- k) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
- l) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente;
- m) Lesões Causadas por Esforços Repetitivos – LER e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT;
- n) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – SIDA/AIDS;
- o) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- p) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- q) Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro de conhecimento do segurado.

4.1.1. Não terão direito a cobertura os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, que não tenham, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular.

5. CAPITAIS SEGURADOS

- 5.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais.
- 5.2. A forma e a periodicidade do pagamento do capital segurado desta cobertura serão definidas na apólice, e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro.
- 5.3. O capital segurado a ser indenizado corresponderá à quantidade de dias de afastamento multiplicado pelo valor da diária contratado. O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária, vezes o número de dias de afastamento, respeitando o período de franquia.
- 5.4. Se o capital segurado contratado for superior à renda mensal informada pelo segurado na proposta de adesão, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada pelo segurado, mas se ficar

comprovada má-fé do segurado no que tange à informação constante na proposta de adesão, o segurado perderá o direito à indenização com base no Código Civil Brasileiro.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, observando o item 3.2 da Cláusula 3 – ELEGIBILIDADE desta condição especial e demais disposições das condições contratuais, sem cobrança de prêmio adicional.

7. DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data de evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

8.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em território nacional.

9. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional cessa:

- a) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. O beneficiário será o próprio segurado.

11. FRANQUIA

11.1. O período de franquia para esta cobertura será de, até 15 (quinze) dias e estará indicado na apólice, e/ou no certificado individual, e/ou no contrato de seguro.

12. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

12.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

12.2. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- b) Declaração médica, constando diagnóstico tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- c) Exames e laudos médicos que confirmem a ocorrência de evento coberto;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

-
- e) Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho;
 - f) Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for condutor de veículo;
 - g) Laudo toxicológico e de dosagem alcoólica, caso não tenha sido realizado apresentar declaração do órgão competente;
 - h) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - i) Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) – os três últimos anteriores ao afastamento;
 - j) Comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
 - k) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
 - l) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física, e do comprovante de residência do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - m) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE UTI – DIH-A-UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante pagamento de prêmio adicional, garante ao próprio segurado, o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar, em decorrência de acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias estabelecido na apólice e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro, **observadas as disposições contratuais.**
- 1.2. Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A.
- 1.3. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença UTI – DIH-AD-UTI.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Ceratomia (cirurgia para correção de miopia);
 - b) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto, e salvo aquelas reparadoras de lesões decorrentes do tratamento cirúrgico de neoplasias;
 - c) Gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;
 - d) Procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
 - e) Cirurgia para correção de fimose;
 - f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
 - g) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
 - h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
 - i) Cirurgias plásticas (estéticas ou não);
 - j) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - k) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
 - l) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;

m) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão estabelecidos na apólice e/ou contrato de seguro e/ou certificado individual, respeitadas as seguintes regras:
- a) Valor máximo por diária estabelecido e definido na apólice, e/ou no contrato de seguro e/ou no certificado individual;
 - b) Limite máximo de até 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
 - c) Limite de até 2 (dois) eventos cobertos por vigência.
- 4.2. O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária contratada para a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A, vezes o número de dias de internação, respeitando o período de franquia.
- 4.3. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, na Unidade de Terapia Intensiva, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, após o período de franquia indicado na Cláusula 10 – FRANQUIA desta condição especial, até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais.
- 4.4. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 4.5. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições das condições contratuais, sem cobrança de prêmio adicional.
- 5.2. Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 5.3. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.
- 5.3.1. Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido na Cláusula 4 – CAPITAIS SEGURADOS desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Considera-se como data de evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do ingresso do segurado na UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional cessa:

- a) Com o pagamento da quantidade total de eventos contratados, constantes na apólice individual, e/ou certificado individual, e/ou contrato de seguro;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1. O beneficiário será o próprio segurado.

10. FRANQUIA

10.1. O período de franquia para esta cobertura é de até, 15 (quinze) dias e será contado a partir do horário inicial de internação hospitalar estando indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro.

11. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

11.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.

11.2. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Relatório ou laudo preenchido, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima em decorrência do acidente pessoal e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, data de entrada e saída do hospital, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- b) Formulário "Aviso de Sinistro", com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- c) Todos os exames realizados;
- d) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- e) Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
- f) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
- g) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA UTI – DIH-AD-UTI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, garante ao próprio segurado, o pagamento de indenização proporcional ao período da sua internação hospitalar, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, limitado ao número máximo de diárias estabelecido na apólice e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro, **observadas as disposições contratuais.**
- 1.2. Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH-AD.
- 1.3. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente UTI – DIH-A-UTI.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também expressamente excluídos os eventos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) Ceratomia (cirurgia para correção de miopia);
 - b) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto, e salvo aquelas reparadoras de lesões decorrentes do tratamento cirúrgico de neoplasias;
 - c) Gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;
 - d) Procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
 - e) Cirurgia para correção de fimose;
 - f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
 - g) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
 - h) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
 - i) Cirurgias plásticas (estéticas ou não);
 - j) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - k) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
 - l) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
 - m) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados serão estabelecidos na apólice e/ou contrato de seguro e/ou certificado individual, respeitando as seguintes regras:
- a) Valor máximo por diária estabelecido e definido na apólice, e/ou no contrato de seguro e/ou no certificado individual;
 - b) Limite máximo de até 45 (quarenta e cinco) diárias por evento; e
 - c) Limite de até 2 (dois) eventos cobertos por vigência.
- 4.2. O valor a ser indenizado aos segurados será igual ao valor da diária contratada para a cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH-AD, vezes o número de dias de internação, respeitando o período de franquia.
- 4.3. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, na Unidade de Terapia Intensiva, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, após o período de franquia indicado na Cláusula 10 – FRANQUIA desta condição especial, até a data da alta médica, respeitadas as condições contratuais.
- 4.4. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 4.5. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada evento coberto, de acordo com as demais disposições das condições contratuais, sem cobrança de prêmio adicional.
- 5.2. Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 5.3. As internações que tenham por origem o mesmo acidente serão consideradas um mesmo evento coberto, exceto quando o intervalo entre essas ocorrências for superior a 12 (doze) meses.
- 5.3.1. Dessa forma serão somadas as diárias da internação anterior e respeitado o limite máximo estabelecido na Cláusula 4 – CAPITAIS SEGURADOS desta condição especial.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Considera-se como data de evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do ingresso do segurado na UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional cessa:
- Com o pagamento da quantidade total de eventos contratados, constantes na apólice individual, e/ou certificado individual, e/ou contrato de seguro;
 - Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1. O beneficiário será o próprio segurado.

10. FRANQUIA

- 10.1. O período de franquia para esta cobertura é de, até 15 (quinze) dias e será contado a partir do horário inicial de internação hospitalar estando indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro.

11. CARÊNCIA

- 11.1. Para os eventos decorrentes de doença, o período de carência para esta cobertura é de, até, 90 (noventa) dias e será contado a partir do início de vigência do seguro, estando indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro.

12. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

- 12.1. As regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.
- 12.2. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- Relatório ou laudo preenchido, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima em decorrência de doença ou acidente pessoal e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, data de entrada e saída do hospital, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
 - Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
 - Todos os exames realizados;
 - Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
 - Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – COBERTURA ADICIONAL DE DECESSOS – DC (Auxílio Funeral)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, **garante a prestação de serviço ou reembolso dos gastos funerários**, em decorrência de morte do segurado, respeitado o limite do capital segurado contratado, decorrente de causas naturais ou acidentais, desde que a apólice esteja em vigor na data da ocorrência do evento, **observadas as disposições contratuais**.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. É a garantia da prestação de serviço ou do reembolso das despesas incorridas com o funeral, até o limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento do(s) segurado(s) designado(s) na proposta de adesão, desde que não se trate de risco expressamente excluído.
- 3.2. Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com uma das coberturas básicas previstas nas condições gerais.
- 3.3. Os serviços especificados a seguir poderão ser contratados nos padrões individual ou familiar:
- a) **Individual:** Fica coberto somente o segurado principal;
 - b) **Familiar:** Ficam cobertos o segurado principal e seus dependentes cônjuge/companheiro(a) e/ou filho(a) ou enteado(a), até 21 (vinte e um) anos de idade ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho e/ou se estiver cursando ensino superior ou escola técnica de segundo grau, até 24 (vinte e quatro) anos de idade. **No plano familiar, esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.**
- 3.4. Os beneficiários do segurado falecido poderão optar expressamente pela prestação do serviço de funeral. Caso a opção seja pelo reembolso das despesas com o funeral, estes serão devidos ao beneficiário responsável pelo pagamento, limitados aos valores efetivamente dispendidos, comprovados mediante apresentação das notas fiscais originais, devendo ambas as alternativas obedecerem ao limite do capital segurado contratado.
- 3.5. Caso o beneficiário opte pelo reembolso:
- a) Será garantida a livre escolha do prestador de serviço;
 - b) O reembolso das despesas com o funeral suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado, observados os valores efetivamente gastos.
- 3.6. Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:
- a) Não caberá qualquer tipo de reembolso;
 - b) Quando optado pela prestação de serviço, o funeral será realizado por empresa terceirizada;
 - c) Valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado contratado;

- d) Deverá ser utilizada a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, por meio da Central de Atendimento da seguradora. A ligação é gratuita e pode ser feita de qualquer lugar do Brasil. A seguradora enviará um representante que:
- d.1) Em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:
 - i. Se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
 - ii. Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas.
 - d.2) Em caso de falecimento no município de moradia habitual no Brasil com sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:
 - i. Se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município onde será feito o sepultamento. Neste caso, as despesas com traslado e respectiva documentação serão de responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município;
 - ii. Irá à funerária do município onde será feito o sepultamento e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas.
 - d.3) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:
 - i. Tomará todas as providências, conforme item 3.11 dessas condições especiais, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual, onde será prestado também o serviço de sepultamento, limitado ao valor do capital segurado.
 - d.4) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:
 - i. Preparará toda a documentação necessária para o traslado do corpo, para que o sepultamento em outro município seja providenciado pela família, que arcará com a diferença de valores, que ultrapassarem o capital segurado contratado.
- 3.7. Em caso de morte violenta, a família deverá acompanhar o representante da seguradora ao Instituto Médico Legal – IML para liberação do corpo.
- 3.8. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação no município de residência habitual do segurado, a seguradora avaliará o pedido de reembolso das despesas, observando o limite do valor do capital segurado contratado e dos valores das notas fiscais originais.
- 3.9. A rede especializada de prestadores de serviços credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela seguradora, mantida, sempre, a excelência da prestação de serviços objeto da presente cobertura.

- 3.10. Fica estabelecido que os serviços objeto da presente cobertura não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a seguradora ou seus prestadores de serviços intervenham para a realização do funeral.
- 3.11. Entende-se por “Despesas com Funeral” a cobertura das despesas com serviço de sepultamento ou cremação (quando permitida por lei e houver o serviço disponível na região escolhida pela família do **segurado**), de acordo com os itens abaixo relacionados:
- a) Uma/caixão;
 - b) Carro para enterro (no município de moradia habitual);
 - c) Carreto/caixão (no município de moradia habitual);
 - d) Serviço assistencial;
 - e) Registro de óbito;
 - f) Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual do segurado);
 - g) Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
 - h) Taxa de aluguel de jazigo pelo período de 3 (três) anos e 1 (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);
 - i) Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
 - j) Repatriamento (até o município de moradia habitual);
 - k) Paramentos (essa);
 - l) Mesa de condolências;
 - m) Velas;
 - n) Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
 - o) Véu; e
 - p) Um enfeite e uma coroa.
- 3.12. Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infra-estrutura local. Não caberá a seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.
- 3.13. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**
- 3.14. No caso de cremação, o traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço, ocorrerá num raio máximo de 100 km (cem quilômetros), sendo garantido o posterior retorno das cinzas aos familiares.
- 3.15. No caso de sepultamento do corpo do segurado em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta, a localização do jazigo será feita de acordo com as disponibilidades locais.
- 3.16. Fica garantido o traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

-
- a) O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizada quando a distância for superior ao limite especificado na apólice individual, e/ou no certificado de seguro, e/ou contrato de seguro.
- b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora desse limite, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas**. A partir da chegada do corpo nesse município, a prestadora de serviço assumirá os serviços garantidos pelo plano.
- c) **A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DA RESPONSABILIDADE DE PRESTAR O SERVIÇO, CASO HAJA RECUSA DA FAMÍLIA EM EFETUAR O PAGAMENTO DO(S) VALOR(ES) EXCEDENTE(S).**

3.17. **Transmissão de Mensagens Urgentes:** Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, a seguradora poderá, mediante solicitação do interessado, transmitir para a família do segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes, pré-definidas pelo interessado, sobre o acontecimento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) Despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cobertura, ou superiores ao capital segurado contratado. Caso a opção seja pela prestação de serviços de decessos e tal serviço seja prestado, não serão reembolsadas quaisquer despesas realizadas;
 - b) Despesas decorrentes da prestação de serviços de cremação em município diverso do município de moradia habitual do segurado;
 - c) A prestação, pela rede especializada de prestadores de serviços credenciada, de qualquer outro tipo de serviço além do que estiver estabelecido nesta cobertura e no contrato de seguro;
 - d) Quaisquer valores que configurem o reembolso das despesas com funeral, suportados pelos beneficiários, estipulantes e responsáveis, de forma particular e que excedam o capital segurado máximo contratado.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 5.2. Em qualquer hipótese, o capital segurado do dependente, para o plano familiar, será estabelecido nas condições contratuais e limitado a 100% (cem por cento) do que couber ao segurado principal.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do falecimento do segurado.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

- 7.1. O âmbito territorial para os serviços de assistência de sepultamento é o território nacional.

7.2. O âmbito territorial para os serviços de assistência de traslado é o globo terrestre até o município de moradia habitual no Brasil, sendo o serviço de sepultamento restrito ao território brasileiro e o de cremação restrito ao município de moradia habitual do segurado.

8. CARÊNCIA

- 8.1. Será aplicada uma carência de 30 (trinta) dias a contar da data de adesão ao seguro.
- 8.2. A carência aplicável a esta cobertura, será estabelecida na proposta de contratação, na proposta de adesão e no contrato, sendo o período, contado a partir da vigência individual do seguro e será respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice.
- 8.3. A seguradora poderá, a seu critério, reduzir ou substituir a carência por declaração pessoal de saúde e atividade ou exames médicos.

9. BENEFICIÁRIO

- 9.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas por esta cobertura, mediante apresentação das notas fiscais originais, nos casos de solicitação de reembolso.
- 9.2. No caso de acionamento da prestação de serviços, o pagamento será realizado diretamente ao prestador de serviços responsável pelo atendimento ao segurado, limitado ao capital segurado contratado.

10. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 10.1. Esta cobertura começa a vigorar:
- Simultaneamente ao início de vigência da apólice, para todos os segurados que já tiverem manifestado seu interesse na adesão individual ao seguro e que tenham sido aceitos pela seguradora nos prazos indicados no subitem 9.2.1 da Cláusula 9 – ACEITAÇÃO DO SEGURO, das condições gerais, ou;
 - Em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura adicional for contratada após o início de vigência da apólice.

11. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 11.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cobertura adicional extingue-se nas seguintes situações:
- Com o falecimento do segurado principal;
 - Com o cancelamento desta cobertura adicional;
 - Com a separação judicial ou de fato, o cônjuge/companheira perderá automaticamente o direito de utilização desta cobertura;
 - Para os filhos maiores de 21 (vinte e um) anos;
 - Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

12. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 12.1. As regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, das condições gerais.
- 12.2. O beneficiário ou representante da família do segurado deverá comunicar imediatamente o sinistro à seguradora, por meio da central de atendimento ou outros meios disponibilizados pela seguradora.
- 12.3. Em caso de reembolso, para o processo de regulação do sinistro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) ser apresentados os documentos básicos relacionados abaixo:
- a) Cópia da Certidão de Óbito da pessoa que sofreu o sinistro;
 - b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física da pessoa que sofreu o sinistro;
 - c) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral;
 - d) Notas fiscais e recibos das despesas originais com o funeral.
- 12.4. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para efetuar reembolso dos gastos com serviço(s) funerário(s).
- 12.5. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 12.6. Caso proceda a recusa do sinistro após a prestação dos serviços funerários, a seguradora poderá requerer dos beneficiários desta cobertura o valor correspondente às despesas com o funeral do segurado.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1. Aplicam-se a esta cláusula as condições gerais previstas na apólice no que não conflitarem com as disposições específicas desta cobertura adicional.

CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE DEPENDENTE CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) – IADC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cláusula suplementar, se contratada mediante o pagamento de prêmio adicional, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado, em caso de ocorrência de um dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro, **observadas as disposições contratuais**.
- 1.2. Se contratada esta cláusula suplementar pelo estipulante, participarão do seguro, de forma automática, os dependentes cônjuge/companheiro(a) de todos os segurados.
- 1.3. As coberturas contratadas ao(s) dependente(s) cônjuge/companheiro(a), bem como o limite de capital segurado de cada uma delas, será definido nas condições contratuais.
 - 1.3.1. O cônjuge/companheiro poderá participar de todas as coberturas contratadas pelo segurado principal, exceto na cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA–M.
- 1.4. Equipara-se ao cônjuge, o(a) companheiro(a) do segurado.
- 1.5. Não terá direito à(s) cobertura(s) o cônjuge/companheiro(a) que já faça parte do grupo segurado como segurado principal na data do evento.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar, os eventos descritos na Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, bem como das condições especiais de cada uma das coberturas contratadas para os dependentes cônjuge/companheiro(a).

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cláusula suplementar, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais, e de cada uma das coberturas contratadas especificadas nas condições especiais aos dependentes cônjuge/companheiro(a).

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Para fins desta cláusula suplementar, considera-se como data do evento, a data estabelecida em cada uma das coberturas contratadas especificadas nas condições especiais ao(s) dependente(s) cônjuge/companheiro(a).

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

6.1. O âmbito geográfico estará definido na(s) condição(ões) especial(is) de cada cobertura contratada ao dependente cônjuge/companheiro(a).

7. TÉRMINO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cláusula suplementar cessa:

- a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cláusula suplementar;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
- c) Separação de fato ou separação judicial do segurado;
- d) Com o cancelamento desta cláusula suplementar;
- e) Com o término do seguro do segurado;
- f) Com a solicitação por escrito do segurado;
- g) Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta condição especial da cobertura suplementar;
- h) Dissolução da união estável.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. Para efeito desta cláusula suplementar, o beneficiário será:

- a) O próprio segurado para os eventos decorrentes do falecimento do cônjuge/companheiro(a); exceto para as coberturas que preveem o reembolso mediante apresentação de Notas Fiscais originais, que neste caso, o beneficiário será quem comprovar que efetuou os pagamentos dos referidos gastos;
- b) O próprio cônjuge/companheiro(a) para os demais eventos cobertos.

9. CARÊNCIA

9.1. A carência nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao dependente cônjuge/companheiro(a).

10. FRANQUIA

10.1. A franquia nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao dependente cônjuge/companheiro(a).

11. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

11.1. Além dos documentos solicitados para regulação de sinistro em cada uma das coberturas contratadas ao dependente cônjuge/companheiro(a) do segurado, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do dependente cônjuge/companheiro(a). Na falta do comprovante, apresentar declaração particular assinada pelo(s) beneficiário(s), informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiro(s); Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;

-
- b) Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada;
 - c) Comprovação da união estável por ocasião do sinistro, mediante apresentação de documento comprovando recebimento de pensão por morte concedida pela Previdência Oficial e/ou declaração de dependência econômica no imposto de renda e/ou extrato de conta bancária conjunta e/ou declaração pública de união estável e/ou outros documentos que comprovem a união estável entre segurado e o sinistrado.

11.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente cobertura, bem como para pagamento do capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE DEPENDENTE CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) – IFDC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cláusula suplementar, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado, em caso de ocorrência de um dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro, **observadas as disposições contratuais.**
- 1.2. Se contratada esta cláusula suplementar pelo estipulante, participarão do seguro, de forma facultativa, o dependente cônjuge/companheiro(a), mediante solicitação na proposta de adesão de seu respectivo segurado.
- 1.3. As coberturas contratadas ao(s) dependente(s) cônjuge/companheiro(a), bem como o limite de capital segurado de cada uma delas, será definido nas condições contratuais.
 - 1.3.1. O cônjuge/companheiro poderá participar de todas as coberturas contratadas pelo segurado principal, exceto na cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA–M.
- 1.4. Equipara-se ao cônjuge, o(a) companheiro(a) do segurado.
- 1.5. Não terá direito à(s) cobertura(s) o cônjuge/companheiro(a) que já faça parte do grupo segurado como segurado na data do evento.
- 1.6. A indicação do cônjuge/companheiro(a), para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge/companheiro(a) não legalmente habilitado, não haverá direito à indenização, e os valores dos prêmio pagos para essa cláusula suplementar deverão ser devolvidos.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar, os eventos descritos na Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, e de cada uma das coberturas contratadas especificadas nas condições especiais aos dependentes cônjuge/companheiro(a).

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. Para fins desta cláusula suplementar, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais, e de cada uma das condições especiais aos dependentes cônjuge/companheiro(a).

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para fins desta cláusula suplementar, considera-se como data do evento, a data estabelecida em cada uma das coberturas contratadas especificadas nas condições especiais ao dependente cônjuge/companheiro(a).

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

6.1. O âmbito geográfico está definido na(s) condição(ões) especial(is) de cada cobertura contratada ao dependente cônjuge/companheiro(a).

7. TÉRMINO DA CLAÚSULA SUPLEMENTAR

7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cláusula suplementar cessa:

- a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cláusula suplementar;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
- c) Separação de fato ou separação judicial do segurado;
- d) Com o cancelamento desta cláusula suplementar;
- e) Com o término do seguro do segurado;
- f) A pedido por escrito do segurado;
- g) Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta condição especial da cobertura suplementar;
- h) Dissolução da união estável.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. Para efeito desta cláusula suplementar, o beneficiário será:

- a) O segurado principal para os eventos decorrentes do falecimento do cônjuge/companheiro(a);
- b) Nas coberturas que preveem o reembolso, o beneficiário será quem comprovar que efetuou o pagamento das despesas, ou o próprio prestador de serviços; ou
- c) O próprio cônjuge/companheiro(a) para os demais eventos cobertos.

9. CARÊNCIA

9.1. A carência nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao dependente cônjuge/companheiro(a).

10. FRANQUIA

10.1. A franquia nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao dependente cônjuge/companheiro(a).

11. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

11.1. Além dos documentos solicitados para regulação de sinistro de cada uma das coberturas contratadas ao dependente cônjuge/companheiro(a) do segurado, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

-
- a) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do dependente cônjuge/companheiro(a). Na falta do comprovante, apresentar declaração particular assinada pelo(s) beneficiário(s), informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiro(s); Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - b) Cópia da Certidão de Casamento do segurado atualizada;
 - c) Comprovação da união estável por ocasião do sinistro, mediante apresentação de documento comprovando recebimento de pensão por morte concedida pela Previdência Oficial e/ou declaração de dependência econômica no imposto de renda e/ou extrato de conta bancária conjunta e/ou declaração pública de união estável e/ou outros documentos que comprovem a união estável entre segurado e o sinistrado.

11.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente cobertura, bem como para pagamento do capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO das condições gerais.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE DEPENDENTE FILHO(A) – IADF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cláusula suplementar, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado contratado, ao(s) beneficiário(s), em caso de ocorrência de um dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro, **observadas as disposições contratuais.**
- 1.2. Especificamente para essa cobertura, considera-se como filho(s):
 - 1.2.1. Aquele(s) que é(são) dependente(s) econômico(s) do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR:
 - a) filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
 - b) filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
 - c) filho(a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.
- 1.3. Se contratada esta cláusula suplementar pelo estipulante, participarão do seguro, de forma automática, o(s) dependente(s) filho(a) de todos os segurados.
- 1.4. As coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(a), bem como o limite de capital segurado de cada uma delas, será definido nas condições contratuais.
 - 1.4.1. O filho dependente poderá participar de todas as coberturas contratadas pelo segurado principal, exceto na cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA–M.
- 1.5. Não terá direito à(s) cobertura(s) o(a) filho(a) que já faça parte do grupo segurado como segurado na data do evento.
- 1.6. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a presente cláusula suplementar destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:
 - a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado da presente cobertura contratada;
 - b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.
- 1.7. Cada filho(a) estará incluído (e conseqüentemente coberto) apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado o filho dependente do cônjuge segurado que tiver maior capital segurado.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar, os eventos descritos na Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais e nas condições especiais de cada uma das coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(s).

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cláusula suplementar, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais e nas condições especiais de cada uma das coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(s).

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para fins desta cláusula suplementar, considera-se como data do evento, a data estabelecida em cada uma das coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(s).

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

6.1. O âmbito geográfico está definido na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao(s) dependente(s) filho(s).

7. TÉRMINO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cláusula suplementar cessa:

- a) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
- b) Com o cancelamento desta condição especial;
- c) Com o término do seguro do segurado;
- d) A pedido por escrito do segurado;
- e) Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta condição especial da cobertura suplementar.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. Para efeito desta cláusula suplementar, o beneficiário será:

- a) O próprio segurado para os eventos decorrentes do falecimento do(a) filho(a); ou
- b) Nas coberturas que preveem o reembolso, o beneficiário será quem comprovar que efetuou o pagamento das despesas, ou o próprio prestador de serviços; ou
- c) O(A) próprio(a) filho(a) para os demais eventos cobertos.

9. CARÊNCIA

9.1. A carência nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao(s) dependente(s) filho(s).

10. FRANQUIA

- 10.1. A franquia nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao(s) dependente(s) filho(s).

11. LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

- 11.1. Além dos documentos solicitados para regulação de sinistro de cada uma das coberturas contratada ao dependente filho do segurado, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- a) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do dependente filho. Na falta do comprovante, apresentar declaração particular assinada pelo(s) beneficiário(s), informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiro(s). Na falta de RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física, a Certidão de Nascimento.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE DEPENDENTE FILHO(A) – IFDF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cláusula suplementar, se contratada, mediante pagamento do prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado contratado, ao(s) beneficiário(s), em caso de ocorrência de um dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro, **observadas as disposições contratuais.**
- 1.2. Especificamente para essa cobertura, considera-se como filho(s):
 - 1.2.1. Aquele(s) que é(são) dependente(s) econômico(s) do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR:
 - a) filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
 - b) filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
 - c) filho(a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.
- 1.3. Se contratada esta cláusula suplementar pelo estipulante, participarão do seguro, de forma facultativa, o(s) dependente(s) filho(a), mediante solicitação na proposta de adesão de seu respectivo segurado.
- 1.4. As coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(a), bem como o limite de capital segurado de cada uma delas, será definido nas condições contratuais.
 - 1.4.1. O filho dependente poderá participar de todas as coberturas contratadas pelo segurado principal, exceto na cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA–M.
- 1.5. Não terá direito à(s) cobertura(s) o(a) filho(a) que já faça parte do grupo segurado como segurado na data do evento.
- 1.6. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a presente cláusula suplementar destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:
 - a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado da presente cobertura contratada;
 - b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.
- 1.7. Cada filho(a) estará incluído (e conseqüentemente coberto) apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado o filho dependente do segurado que tiver maior capital segurado.
- 1.8. A indicação do(a) filho(a) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de filho(a) fora da definição de filho constante no item 1.2, ou, ainda, caso o(a) filho(a) incluso(a) já faça parte do grupo segurado como segurado, não haverá direito à indenização, e os valores dos prêmios pagos para essa cláusula suplementar deverão ser devolvidos.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cláusula suplementar, os eventos descritos na Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais e nas condições especiais de cada uma das coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(s).

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cláusula suplementar, os capitais segurados serão definidos conforme Cláusula 12 – CAPITAIS SEGURADOS das condições gerais e nas condições especiais de cada uma das coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(s).

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para fins desta cláusula suplementar, considera-se como data do evento, a data estabelecida em cada uma das coberturas contratadas ao(s) dependente(s) filho(s).

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

6.1. O âmbito geográfico está definido na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao(s) dependente(s) filho(s).

7. TÉRMINO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

7.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, das condições gerais, esta cláusula suplementar cessa:

- a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cláusula suplementar;
- b) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
- c) Com o cancelamento desta condição especial;
- d) Com o término do seguro do segurado;
- e) A pedido do segurado;
- f) Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta condição especial da cobertura suplementar.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. Para efeito desta cláusula suplementar, o beneficiário será:

- a) O próprio segurado para os eventos decorrentes do falecimento do(a) filho(a); ou
- b) Nas coberturas que preveem o reembolso, o beneficiário será quem comprovar que efetuou o pagamento das despesas, ou o próprio prestador de serviços; ou
- c) O(A) próprio(a) filho(a) para os demais eventos cobertos.

9. CARÊNCIA

9.1. A carência nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao(s) dependente(s) filho(s).

10. FRANQUIA

10.1. A franquia nesta cláusula suplementar, se aplicada, será estabelecida na(s) condição(ões) especial(is) da(s) cobertura(s) contratada(s) ao(s) dependente(s) filho(s).

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Além dos documentos solicitados para regulação de sinistro de cada uma das coberturas contratadas ao dependente filho do segurado, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

a) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do dependente filho. Na falta do comprovante, apresentar declaração particular assinada pelo(s) beneficiário(s), informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiro(s). Na falta de RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física, a Certidão de Nascimento.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. A apuração do excedente técnico da apólice, se contratada, será realizada de forma anual, pagando lucro para o próximo período de apuração.
2. A apuração do excedente técnico será efetuada de acordo com a seguinte Cláusula Suplementar:

2.1. Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se Receitas:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de apuração e efetivamente pagos, líquidos de IOF;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos, inclusive aqueles decorrentes de decisão judicial em que não houve condenação no pagamento ou a condenação foi apenas parcial;
- c) Saldo da Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados – IBNR do período anterior (*);
- d) Recuperação de Sinistros do Ressegurador.

(*) Como saldo da Provisão de IBNR do período anterior, entende-se o valor debitado a este título, no período anterior ou da atual apuração.

2.2. Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se Despesas:

- a) Comissões de Corretagem pagas durante o período de apuração;
- b) Comissões de Pró-labore pagas durante o período de apuração;
- c) Comissões de Agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d) Prêmios de resseguro efetivamente pagos;
- e) Custos de IOF, COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros;
- f) Valor total dos sinistros ocorridos no período, compreendendo os sinistros avisados, seja na esfera administrativa ou judicial, e também os judiciais transitados em julgado (pagos), ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o final do período de apuração;
- g) A Provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados – “IBNR”, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais, apurado conforme as normas técnicas, correspondente aos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e ainda não avisados por ocasião do vencimento da mesma.
- h) Os saldos negativos dos períodos anteriores ainda não compensados;
- i) As despesas efetivas de administração da seguradora de acordo com o estabelecido nas condições contratuais, no período de apuração;
- j) Outras despesas extraordinárias, desde que previamente ajustadas entre as Partes.

2.3. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b) O aviso à seguradora, para sinistros;
- c) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração; e
- e) Outras datas estabelecidas na cláusula de excedente técnico.

2.4. O resultado da apuração será obtido pela subtração de todas as Despesas das Receitas, nos termos dos itens 2.1 e 2.2 dessa condição especial.

3. Só haverá distribuição de resultados se o resultado líquido da apólice superar uma determinada margem a ser estabelecida no contrato de seguro e/ou apólice.

-
4. Descontada a margem estabelecida no item 3 dessa condição especial, o percentual do resultado da apuração a ser distribuído será definido no contrato do seguro e/ou apólice.
 5. Caso o resultado apurado seja negativo, ele será considerado e compensado na próxima apuração, até o término de vigência da apólice.
 6. A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente pela aplicação da variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, acumulado nos últimos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores à data da distribuição do resultado indicada no item 7 abaixo.
 - 6.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de INPC/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
 7. A distribuição de excedente técnico, se houver, deve ser realizada após o término do prazo previsto no contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
 - 7.1. Nos seguros parcialmente ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida na cláusula de excedente técnico.
 8. No caso de cancelamento da apólice ou a não renovação, a última apuração do Excedente Técnico a ser concedido ao estipulante será pago em até 6 (seis) parcelas mensais, descontados os sinistros que porventura vierem a ser avisados, pagos ou que estejam pendentes após a data de cancelamento.