



MANUAL

DO SEGURADO



EQ Seguros



PARABÉNS! VOCÊ ACABA DE CONTRATAR UM SEGURO DESENVOLVIDO ESPECIALMENTE PARA ATENDER ÀS SUAS NECESSIDADES.

E essa proteção é garantida pela **EQ Seguros**, uma empresa sólida e confiável no mercado de seguros, presente no Brasil inteiro com milhares de clientes satisfeitos.

Neste manual, apresentamos as Condições Gerais que regem o seu seguro, as vantagens e serviços oferecidos, além dos procedimentos em caso de sinistro e um glossário com termos técnicos para facilitar sua leitura. Com a EQ Seguros, você tem a certeza de estar protegido por uma das melhores opções do mercado.

Para mais informações, entre em contato com o suporte **EQ Seguros**:

- WhatsApp: (62) 3572-6000
- E-mail: atendimento@eqseguros.com.br

Para mais informações, ligue para o atendimento **EQ Seguros**:

Atendimento ao Cliente: SAC: 0800 644 0144 (de 2° a 6° feira, das 8:30h às 17:30h)

WhatsApp: (62) 3572 6000

Fale Conosco: (62) 3572 6000

Ouvidoria: 0800 703 1989

Sinistros: (62) 3572-6095 / sinistros@eqseguros.com.br

Se preferir, acesse  <http://www.eqseguros.com.br>

Seguro EQ Vida Coletivo
Condições Gerais e Especiais
Processo Susep 15414.609656/2021-31

CLÁUSULA 1.	OBJETIVO	04
CLÁUSULA 2.	DEFINIÇÕES	04
CLÁUSULA 3.	COBERTURAS	08
CLÁUSULA 4.	RISCOS EXCLUÍDOS	09
CLÁUSULA 5.	ÂMBITO GEOGRÁFICO	11
CLÁUSULA 6.	FRANQUIAS OU CARÊNCIAS	11
CLÁUSULA 7.	ACEITAÇÃO DA PROPOSTA	11
CLÁUSULA 8.	ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	12
CLÁUSULA 9.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DOS VALORES DO SEGURO	14
CLÁUSULA 10.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	15
CLÁUSULA 11.	VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS	15
CLÁUSULA 12.	CAPITAL SEGURADO	16
CLÁUSULA 13.	REVISÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	16
CLÁUSULA 14.	CANCELAMENTO DO SEGURO	17
CLÁUSULA 15.	PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	18
CLÁUSULA 16.	SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DAS GARANTIAS	23
CLÁUSULA 17.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	23
CLÁUSULA 18.	OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA	24
CLÁUSULA 19.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO E PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	25
CLÁUSULA 20.	JUNTA MÉDICA	26
CLÁUSULA 21.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	27
CLÁUSULA 22.	REINTEGRAÇÃO	28
CLÁUSULA 23.	BENEFICIÁRIOS	29
CLÁUSULA 24.	REENQUADRAMENTO.....	29
CLÁUSULA 25.	ALTERAÇÕES NESTE SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	30
CLÁUSULA 26.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	30
CLÁUSULA 27.	PRESCRIÇÃO	30
CLÁUSULA 28.	FORO	30

CLÁUSULA 29. TRIBUTOS	30
CLÁUSULA 30. ACEITAÇÃO DO SEGURO	30
CLÁUSULA 31. ARREPENDIMENTO	30
CLÁUSULA 32. DISPOSIÇÕES GERAIS	31
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE QUALQUER CAUSA	32
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	36
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL INDIVIDUAL	38
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR	40
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	42
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE ESPECIAL	48
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	54
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA	67
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	73
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	80
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA	88
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	92
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE	96
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS	100
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS	102
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E DEPENDENTES	104
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS	106

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

1.1. Este Plano tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado e ou seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.

CLÁUSULA 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 independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

- a.1)** o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2)** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- a.3)** os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4)** os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- a.5)** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

- b.1)** as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ou ainda que indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2)** as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3)** as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões

classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos • LER, Doenças Osteomusculares 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

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.

2.2. Apólice: Documento emitido pela Seguradora por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos. Neste produto a Apólice é Coletiva.

2.3. Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

2.4. Beneficiário: pessoa física ou jurídica à qual é devida a indenização em caso de sinistro.

2.5. Cancelamento: dissolução antecipada do seguro.

2.6. Capital Segurado: Valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

2.7. Certificado Individual: é o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado Principal para comprovar sua inclusão no seguro.

2.8. Cobertura: garantia de compensação ao Segurado pelos prejuízos decorrentes da efetivação do sinistro previsto no seguro.

2.9. Condições Contratuais: representam as Condições Gerais e Condições Especiais de um mesmo seguro.

2.10. Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

2.11. Condições Gerais: conjunto das cláusulas da apólice que tem aplicação geral a todos os seguros de determinado ramo ou modalidade de seguro ou coberturas, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

2.12. Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, dos assistidos e dos beneficiários.

2.13. Corretor: é a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

2.14. Declaração Pessoal de Saúde: é a declaração, constante da Proposta de Adesão, que o Proponente a Segurado terá que preencher, de próprio punho, na qual presta informações sobre as suas condições de saúde para análise de aceitação do seguro pela Seguradora.

2.15. Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes: são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro, que seja do conhecimento do Segurado e/ou Estipulante e não declarado na Proposta de Adesão.

2.16. Endosso: documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.

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

2.18. Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas pelo Segurado.

2.19. Franquia: quantia fixa, definida na apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições do contrato.

2.20. Garantias: as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

2.21. Grupo Segurado: totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na

2.22. Grupo Segurável: é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que podem aderir ao seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nesta Apólice e no Contrato.

2.23. Indenização: valor que a Seguradora deve pagar ao Segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo seguro.

2.24. Laudo Médico: é o valor que a sociedade seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

2.25. Liquidação de Sinistro: processo para pagamento de indenizações ao Segurado, com base no Relatório de Regulação de Sinistros.

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

2.27. Prêmio: preço do seguro, ou seja, é a importância paga pelo Segurado à Seguradora em decorrência da contratação do seguro.

2.28. Proponente: pessoa física ou jurídica que se dispõe a contratar o seguro junto a Seguradora.

2.29. Proposta de Adesão: a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.30. Proposta de Contratação: : Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.31. Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados na ocorrência de um sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.

2.32. Risco: evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro.

2.33. Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não estão cobertos pelo plano.

2.34. Segurado Principal: é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro.

2.35. Segurados Dependentes: são o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.

2.35.1. São considerados e/ou equiparados a filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

a) o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 18 (dezoito) anos ou 24 (vinte e quatro) anos, se universitário, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

b) o menor, de até 18 (dezoito) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

c) o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,

d) o absolutamente incapaz, do qual o Segurado Principal seja tutor ou curador.

2.36. Seguradora: Sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.

2.37. Seguro: contrato pelo qual uma das partes (a Seguradora) se obriga, mediante recebimento de prêmio, a indenizar outra (o Segurado ou o Beneficiário por este indicado) por eventuais prejuízos consequentes da ocorrência de determinados eventos, desde que amparados pelas condições contratuais.

2.38. Sinistro: ocorrência de acontecimentos previsto na apólice de seguro e que cause prejuízos ao Segurado.

2.39. Vigência: período de tempo fixado para validade do seguro ou cobertura.

CLÁUSULA 3. COBERTURAS

3.1. Nas Condições Especiais deste plano são apresentadas as disposições de todas as coberturas incluídas neste plano de seguro, com a especificação dos riscos cobertos e riscos excluídos.

3.1.1. Coberturas

- a) Morte Qualquer Causa (M);
- b) Morte Acidental (MA) ou indenização Especial Por Acidente (IEA);
- c) Auxílio Funeral Individual (AFI);
- d) Auxílio Funeral Familiar (AFF);
- e) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- f) Invalidez Permanente Total por Acidente Especial (IPTA Especial);
- g) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- h) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (IFTD);
- i) Invalidez Permanente Total ou parcial por Acidente (IPA);
- j) Diária por incapacidade Física e temporária (DIT);
- k) Diária por internação Hospitalar (DIH);
- l) Diária por internação Hospitalar por Acidente (DIHAC);
- m) Despesas Médicas, hospitalares e/ou Odontológicas (DMHO);
- m) Doenças Cognitivas dos filhos (DC);
- o) Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e Dependentes (CSCD);
- p) Antecipação especial por doenças (AED);
- q) Verbas Rescisórias (VR).

3.2. As Coberturas oferecidas por este Seguro encontram-se definidas em condições especiais e quando contratadas e especificadas no contrato de seguro farão parte integrante destas Condições Gerais.

3.3. Neste seguro não existe cobertura básica, sendo possível a contratação de forma isolada, de qualquer uma das coberturas para quais existam Condições Especiais relacionadas a este processo.

3.4. Para os menores de 14 (catorze) anos é permitida, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja, na condição de Segurado principal ou de dependente.

3.5. Os valores de limite máximo de garantia, de capitais segurados e/ou benefício para as coberturas oferecidas respeitarão aos limites legais definidos em norma vigente.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. *As exclusões específicas relativas a cada cobertura estão relacionadas logo após a descrição dos riscos cobertos nas respectivas Condições Especiais, estando limitadas às estabelecidas na legislação de seguros em vigor.*

4.2. *Além das exclusões específicas, estão expressamente excluídos de todas as garantias*

deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:

a. Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de arma e/ou projétil nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b. Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, rebelião, insurreição de poder militar ou usurpado ou da participação do Segurado em deveres de combate ou exercícios militares com força armada de qualquer país ou organização internacional, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c. Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- d. Inundação, tufões, furacão, ciclone, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, maremoto, tsunami, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral;**
- e. Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;**
- f. Mutilação, quando não decorrente diretamente de um acidente pessoal;**
- g. Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um e de outro. Se o Segurado for pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes legais. Por atos dolosos entende-se inclusive a direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal;**
- h. Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.), distúrbio osteo-muscular relacionado ao trabalho (D.O.R.T.), lesão por traumas cumulativos (L.T.C.), ou similares que venham a ser aceitas pela comunidade médica científica;**
- i. Doenças, acidentes ou lesões preexistentes, assim entendido: sinais, sintomas, estados mórbidos, doenças contraídas e acidentes sofridos pelo Segurado, anteriormente à adesão ao seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de adesão;**
- j. Doenças, exceto a exclusão de doenças, acidentes ou lesões preexistentes, serão aplicadas nos seguros onde houver solicitação de preenchimento e/ou declaração verbal, da Declaração Pessoal de Saúde. Não havendo tal preenchimento ou declaração verbal, este item de exclusão ficará sem valor, sendo aceitas tais exclusões;**
- k. Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;**
- l. Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos após o início de Vigência do Contrato de seguro ou de sua recondução depois de suspenso;**
- m. Participação do Segurado em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;**
- n. 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;**
- o. A prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;**

p. Acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceito o risco;

q. Danos morais;

r. Eventual aplicabilidade das sanções, regulamentações, leis e restrições, na forma dos itens 1 a 3 do capítulo Embargos e Sanções Econômicas, presente nesta Condição Geral.

CLÁUSULA 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 5.1.** Este plano de seguros abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro.

CLÁUSULA 6. FRANQUIAS OU CARÊNCIAS

- 6.1.** Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.
- 6.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 6.3.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, **observado a proposta**, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

CLÁUSULA 7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA

- 7.1.** A Proposta de Contratação, assinada obrigatoriamente pelo Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.
- 7.2.** As Condições Gerais completas e as condições das garantias contratadas deverão estar à disposição do Estipulante, quando da apresentação da Proposta de Contratação.
- 7.3.** A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.
- 7.4.** A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.
- 7.5.** A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no plano de seguro.

CLÁUSULA 8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

- 8.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do Grupo Segurado mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, no caso de contratação através de meios remotos deve ser observada a Legislação vigente, e a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 8.2. Poderão ser incluídos no seguro os Proponentes que se encontrem em boas condições de saúde e em plena atividade profissional.
- 8.3. Caso não haja declaração pessoal de saúde do Segurado na proposta de adesão, não se aplicarão exclusões de doenças, lesões e sequelas pré-existentes ao seguro.
- 8.4. **A idade do segurado, na data de contratação ou renovação do seguro, não poderá ser superior a idade máxima estabelecida no contrato.**
- 8.5. **A inobservância a qualquer das condições previstas nos itens 8.2 e 8.4. destas Condições Gerais, acarretará ao participante do Grupo Segurado a perda da condição de Segurado, exceto nas hipóteses em que o Contrato disponha de forma diferente.**
- 8.6. **Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.**
- 8.7. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na Proposta de Adesão ao seguro, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.
- 8.8. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a Proposta de Adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como alterações que impliquem modificação do risco.
- 8.9. A Seguradora poderá solicitar uma única vez documentos complementares para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo de aceitação, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 8.10. O pagamento antecipado do Prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar o disposto no item 8.8. destas Condições Gerais.
- 8.11. Quando a Seguradora receber a Proposta de Adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

- 8.12.** A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Adesão.
- 8.13.** Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação do índice estabelecido no plano, pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 30 (trinta) dias da data da recusa.
- 8.13.1** Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da Proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.
- 8.14.** Se a Seguradora recusar a Proposta de Adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada ao estipulante ou por intermédio do Corretor, informando os motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento pelo Corretor valerá como data de recusa da Proposta de Adesão.
- 8.15.** A análise e aceitação do risco individual basear-se-á em critérios técnicos adotados pela Seguradora, que reserva a si o direito de aceitar ou não a Proposta de Adesão apresentada.
- 8.16.** As Condições Gerais completas e as condições das garantias contratadas deverão estar à disposição dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Adesão.
- 8.17.** No início do contrato e a cada renovação a Seguradora disponibilizará ao Segurado, via meios remotos, o Certificado Individual comprovando a aceitação, contendo os elementos mínimos estabelecidos conforme Legislação Vigente.
- 8.18.** É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação da Proposta de Adesão, informação ao Proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.
- 8.19.** A inclusão dos segurados dependentes e segurados principais é feita por adesão a este seguro e das seguintes formas, conforme indicação na proposta de contratação e nas condições contratuais:
- 8.19.1** Titulares:
- i. Automática, quando o seguro abranger todos os segurados principais do grupo segurável; e
 - ii. Facultativa, quando o seguro abranger somente os segurados principais que tiverem sua inclusão expressamente declarada.

8.19.2 Cônjuge:

- i. Automática: quando abranger os cônjuges de todos os segurados principais; e
- ii. Facultativa: quando abranger os cônjuges dos segurados principais que assim o autorizarem;

8.19.3 Filhos:

- i. Automática: quando abranger os filhos de todos os segurados principais e/ou dos cônjuges segurados; e
- ii. Facultativa, quando abranger os filhos dos segurados principais e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizem.

8.20. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros que vivem em união estável com o segurado principal.

8.21. Quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos e os demais componentes dependentes do casal poderão ser incluídos apenas uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado.

8.22. É vedada a contratação do seguro através de procuração.

CLÁUSULA 9. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DOS VALORES DO SEGURO

9.1. A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este Seguro será feita anualmente, pelo Índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato, tomando-se por base, nas datas anuais de reajuste, a variação anual acumulada deste índice que será aplicado.

9.1.1 O Índice Pactuado para a atualização de valores relativos às operações de seguros será estabelecido no contrato em consonância com as seguintes opções:

- a)** Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE;
- b)** Índice Geral de Preços para o Mercado/ Fundação Getúlio Vargas - IGPM/FGV;

c) Índice Geral de Preços ao Consumidor/ Fundação Getúlio Vargas - IPC/FGV;
Parágrafo único. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado índice substituto convencionado no ato da contratação, dentre aqueles previstos acima.

9.2. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

- 9.3. Para os seguros de prazo de até 12 (doze) meses não haverá atualização monetária de valores.
- 9.4. Para os seguros com vigência anual haverá atualização monetária de valores na renovação automática.
- 9.5. O Contrato poderá estabelecer ainda que, no caso de Capital Segurado múltiplo salarial, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios poderão ser alterados segundo a variação do salário ou provento do Segurado Principal.

CLÁUSULA 10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 10.1. A Apólice vigorará conforme definição contratual, podendo ser renovada automaticamente por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas Condições Gerais e nas cláusulas das garantias contratadas.
- 10.2. A renovação automática só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora. A renovação expressa poderá ser efetivada sempre que com ela concordem a Seguradora e o Estipulante, e desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos.
- 10.3. Vigência da Apólice:
 - a) O início de vigência da Apólice se dará na data expressa no Contrato ou na Proposta de Contratação, salvo se a Proposta de Contratação tenha sido recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento de Prêmio, total ou parcial, hipótese em que a vigência iniciará às 24 horas da data de recepção da Proposta de Contratação.
 - b) A Apólice e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas das datas para tal fim neles indicadas.

CLÁUSULA 11. VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

- 11.1. Os seguros individuais terão vigência enquanto vigorar a Apólice Coletiva, desde que respeitados os demais termos destas Condições Gerais e das condições das Garantias contratadas, especialmente as hipóteses de cancelamento do seguro.
- 11.2. A vigência do risco individual, desde que aceita a Proposta de Adesão, nos termos do item 8 (Aceitação da Proposta de Adesão e Inclusão de Segurados), será:
 - a) Nas Propostas de Adesão aceitas sem pagamento de Prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação ou com data distinta, desde que expressamente estabelecida no Contrato.

- b) Nas Propostas de Adesão aceitas com pagamento de Prêmio, o início de Vigência da cobertura deverá coincidir com a data do pagamento do Prêmio.
- c) Os Certificados Individuais e os Endossos terão seu início e término de Vigência às 24hs das datas para tal fim neles indicadas.
- d) Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de Vigência da Apólice, se esta não for renovada.

CLÁUSULA 12.CAPITAL SEGURADO

- 12.1.** A data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, estará definida nas condições especiais de cada cobertura.
- 12.2.** O Capital Segurado poderá ser escolhido pelo Proponente e/ou pelo Estipulante, conforme determinar o Contrato, e não poderá ultrapassar o Limite Técnico de aceitação da Seguradora.
- 12.3.** O Capital Segurado estabelecido para cada garantia constará no Certificado Individual do Segurado.
- 12.4.** O Capital Segurado dos Segurados Dependentes em quaisquer garantias contratadas não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.
- 12.5.** O pagamento do Capital Segurado, referente as coberturas ofertadas neste produto, será realizado sob a forma de parcela única.

CLÁUSULA 13.REVISÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 13.1.** Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos Capitais Segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de Capital Segurado individual vigente. Se aceitos pela Seguradora, os novos Capitais Segurados terão início de Vigência no 1º dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, 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 hipótese de suicídio.
- 13.2.** Qualquer aumento de Capital implicará em aumento automático dos prêmios, obedecendo a mesma proporção aplicada ao acréscimo dos Capitais.
- 13.3.** Para os Segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos Capitais Segurados. Nestes casos, os Capitais Segurados serão atualizados anualmente pelo índice estabelecido no Plano de Seguro ou qualquer outro índice que por disposição legal venha a substituí-lo.

13.4. O Estipulante fica ciente que, para o aumento espontâneo do Capital Segurado, o Segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do Capital Segurado, de conhecimento do segurado e não declarada na nova Proposta de Adesão, o pagamento da Indenização prevista para as coberturas contratadas, em caso de sinistro, será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de Prêmios ao Estipulante e/ou Beneficiário.

CLÁUSULA 14. CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. Ocorrerá o cancelamento do seguro individual, sem qualquer restituição de Prêmios:

- a) com a morte do Segurado Principal;**
- b) com o recebimento do Capital Segurado relativo à garantia de Invalidez total por acidente ou doença, se contratada esta garantia;**
- c) por solicitação formal do Segurado Principal;**
- d) por falta de pagamento de Prêmios, respeitando o período de Vigência correspondente ao Prêmio pago e o disposto no item 16;**
- e) automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- f) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do Segurado, seus Beneficiários, seus dependentes ou prepostos;**
- g) automaticamente, com o cancelamento ou final de Vigência sem renovação da Apólice contratada entre Estipulante e a Seguradora;**
- h) automaticamente, com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado, respeitando o período do prêmio já pago. O Segurado poderá ser mantido no plano, desde que haja concordância expressa entre as partes (Estipulante e Seguradora), assumindo o Segurado, a partir dessa data, o custeio integral das respectivas coberturas ou tendo ajustado o valor do Capital Segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.**

14.2. A Apólice será cancelada:

- a) a qualquer tempo mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado;**

- b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro, inclusive no tocante ao pagamento de Prêmios, nos termos do item 15;**
- c) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora.**
- d) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a Vigência do contrato;**
- e) automaticamente quando houver atraso no pagamento de Prêmios,**
- f) observado o disposto no subitem 15.14, se fracionado o prêmio, ou no subitem 16.3, se o pagamento for mensal.**

14.3. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

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

- a) a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**
- b) quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto, disposta no subitem 15.14.**

CLÁUSULA 15. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

15.1. Para fins deste seguro e de acordo com a opção definida na Proposta de Contratação e constante no Contrato o custeio poderá ser:

- a) Não contributivo, em que os Segurados não pagam Prêmio, ou;**
- b) Contributivo, em que os Segurados pagam Prêmio total ou parcialmente.**

15.2. Caso o seguro esteja estruturado no critério tarifário de taxa média, sempre que ocorrer a alteração da idade média do grupo de segurados, a Seguradora somará a taxa anterior o percentual de reenquadramento previsto no Contrato e realizará a cobrança do novo Prêmio a partir do mês de aniversário da Apólice.

15.3. O valor do Prêmio será aquele determinado no Contrato, sendo reajustado sempre que houver reajuste do Capital Segurado e pelos mesmos índices.

15.4. O Prêmio poderá ser pago através de débito automático em conta corrente, débito em folha de pagamento, cartão de crédito ou ficha de compensação, de acordo com a opção do Estipulante ou Segurado, constante na Apólice.

- 15.5.** A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:
- a) nome do Segurado;
 - b) valor do prêmio;
 - c) data de emissão do documento de cobrança;
 - d) número da apólice e/ou do certificado individual;
 - e) data limite para o pagamento.
- 15.6.** A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 15.5. diretamente ao segurado ou ao seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5(cinco) dias úteis, em relação a data do respectivo vencimento.
- 15.7.** O disposto no subitem 15.6. não se aplica aos planos de seguro custeados integralmente pelo estipulante e aos casos de desconto em folha de pagamento, de débito em conta corrente e de pagamento por meio de cartão de crédito.
- 15.8.** O pagamento do prêmio poderá ser realizado de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, conforme condições contratuais.
- 15.9.** Caso do pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato em que o Segurado pague os prêmios mensais, nenhuma devolução de prêmio será devida.
- 15.10.** Caso do pagamento dos prêmios seja na forma anuais, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.
- 15.11.** Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a Seguradora obrigada a manter o registro das datas das operações realizadas.
- 15.12.** O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.
- 15.12.1** Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o item 15.5 deverão constar do documento de cobrança o número da conta corrente da Seguradora, o nome e respectiva agência do banco receptor e, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.
- 15.13.** Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil posterior em que houver expediente bancário.

15.14. Nos seguros custeados através de fracionamento de prêmio, o critério adotado será o seguinte:

15.14.1 Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

15.14.2 Deverá ser garantida ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

15.14.3 A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de Vigência da Apólice.

15.14.4 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de Vigência da cobertura será ajustado em função do Prêmio efetivamente pago, observada no mínimo a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365 dias	73	195/365 dias
20	30/365 dias	75	210/365 dias
27	45/365 dias	78	225/365 dias
30	60/365 dias	80	240/365 dias
37	75/365 dias	83	255/365 dias
40	90/365 dias	85	270/365 dias
46	105/365 dias	88	285/365 dias
50	120/365 dias	90	300/365 dias
56	135/365 dias	93	315/365 dias
60	150/365 dias	95	330/365 dias
66	165/365 dias	98	345/365 dias
70	180/365 dias	100	365/365 dias

15.14.5 Para os percentuais não previstos na tabela do subitem 15.14.4 deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

15.14.6 A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de Vigência ajustado, conforme subitem 15.14.4.

15.14.7 O Segurado poderá restabelecer a cobertura deste seguro, pelo período inicialmente contratado, desde que efetue o pagamento do Prêmio devido, acrescido de juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária pela variação positiva do índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato, antes do término do prazo estabelecido com base na tabela indicada no subitem 15.14.4.

15.14.8 Findo o novo prazo de Vigência da cobertura referido no subitem 15.14.4 sem que tenha sido retomado o pagamento do Prêmio, a Seguradora operará de pleno direito o cancelamento do Contrato, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

15.14.9 No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de Vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua Vigência, sendo vedada a cobrança de Prêmio pelo período de sua suspensão em caso de restabelecimento do contrato.

15.14.10 Respeitado o disposto no item 15.14 e seus subitens, quando o pagamento do prêmio for efetuado por meio de ficha de compensação, deste deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações, quando for o caso:

- i. a falta de pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento do seguro e
- ii. a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira, poderá implicar o cancelamento do contrato de seguro, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante das condições contratuais do seguro.

15.15. O disposto no item 15.14 e seus subitens não se aplica aos planos cujo custeio do Prêmio se dê sob a forma mensal.

15.16. No caso de recebimento indevido de Prêmio, o mesmo será devolvido corrigido monetariamente pelo índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato desde a data de recebimento do Prêmio até a data do referido pagamento.

15.17. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da primeira parcela não paga.

15.18. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.

15.18.1 Nos casos previstos no item 15.14, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vencidas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

15.19. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

15.20. O(s) prêmio(s) do seguro pagos em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no subitem 9.1. deste manual.

15.20.1 Sem prejuízo do item anterior incidirá(ão) ainda sobre o(s) prêmio(s) de seguro referente(s) ao período em atraso, juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano, calculados pro-rata-die.

15.21. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado nos prazos estipulados na apólice, enseja em suspensão automática do direito às Coberturas estabelecidas na apólice.

15.21.1. A falta de pagamento do prêmio, seja pelo não pagamento do carnê ou outro documento de cobrança, seja pela inexistência de saldo suficiente na conta corrente indicada na Proposta de Contratação para débito, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará o cancelamento automático do seguro, sendo o prazo da cobertura ajustado em função do prêmio efetivamente pago.

15.22. A Seguradora poderá delegar ao Estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o Estipulante responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas ou documentos de cobrança emitidos pela Seguradora e apresentados através da rede bancária.

15.22.1. A delegação acima mencionada poderá ser revogada, a qualquer tempo, pela Seguradora, mediante notificação, por escrito, ao Estipulante.

15.22.2. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os prêmios de Seguro Contributário recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice sem garantias dos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir os direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita às cominações legais.

15.22.3. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora.

15.22.4. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

15.22.5. Quando a forma de cobrança for a de desconto ou de consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado Principal, ou por meio judicial.

15.22.6. Os prêmios cobrados através de desconto ou consignação na folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, deverão ser recolhidos

diretamente à Seguradora, mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado, através da rede bancária. Nos Seguros que se enquadrarem nesta condição, poderão ser aplicadas a critério exclusivo da Seguradora, as disposições dos subitens 15.22 e 15.22.1 acima.

CLÁUSULA 16.SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DAS GARANTIAS

16.1. Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal:

16.1.1. Quando o custeio do Prêmio se der sob a forma mensal, a falta de pagamento de qualquer parcela acarretará a suspensão imediata e automática de todas as garantias, perdendo os Segurados ou seus Beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de Sinistro ocorrido no período de suspensão.

16.1.2. O seguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, quando o Segurado ou o Estipulante retomar o pagamento do Prêmio, vedada a cobrança do Prêmio referente ao período de mora, respondendo a Seguradora somente pelos Sinistros ocorridos a partir das 24 horas da data da reabilitação.

16.1.3. O Estipulante/Segurado em atraso com o pagamento dos Prêmios mensais será notificado da suspensão das garantias e cientificado de que a não reabilitação do seguro, nas condições previstas no item 16.1.2 acima, no prazo de 10 (dez) dias, acarretará o cancelamento do seguro, não sendo mais permitida a reabilitação das garantias.

16.2. Outras formas de suspensão:

16.2.1. Embargos, leis, regulamentações e sanções posteriores ao fato gerador do sinistro.

CLÁUSULA 17.OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

17.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nas Condições Contratuais constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

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

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

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,
- e)** quando este for de sua responsabilidade;
- f)** Repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- g)** Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- h)** Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- i)** Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- j)** Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- k)** Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l)** Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
- m)** Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

CLÁUSULA 18. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

18.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas Condições Contratuais, são obrigações e responsabilidades da Seguradora:

- a)** Pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando a correr, a partir de sua entrega, o prazo para regulação do sinistro;
- b)** Informar por escrito ao Segurado o não-pagamento da fatura por parte do Estipulante, se couber;
- c)** Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo Estipulante, se couber;
- d)** Cumprir todas as cláusulas da presente Apólice.

CLÁUSULA 19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO E PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

- 19.1.** Em caso de Sinistro coberto, o Segurado, o Beneficiário ou representante legal deverá comunicá-lo à Seguradora por meio de impresso próprio, por meios remotos ou carta e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à Seguradora.
- 19.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e os documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, Beneficiário ou representante legal, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora.
- 19.3.** A partir da entrega da documentação exigível por parte do Segurado, Beneficiário ou representante legal, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos para realizar o pagamento da indenização ou recusar o sinistro. Caso a Seguradora solicite documentos ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 19.4.** Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no item anterior o Capital Segurado será atualizado pela variação do índice citado no item 9.1. desde a data do evento, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, após o prazo de 30 dias, calculado *pro rata temporis* até a data do efetivo pagamento.
- 19.4.1.** A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 19.5.** O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.
- 19.6.** Quando a Seguradora recusar um sinistro com base nas Condições Contratuais do seguro deverá comunicar o fato ao Segurado ou Beneficiário por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa expressando os motivos.
- 19.7.** Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à Seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do Sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do Sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do Sinistro será suspensa e voltará a correr na data de entrega da documentação solicitada.
- 19.8.** Somente poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do Sinistro.

- 19.9.** 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.
- 19.10.** No caso de Beneficiários menores de idade, a indenização será paga conforme indicado a seguir:
- a)** Pessoas de idade inferior a 16 (dezesesseis) anos: a indenização será paga, em nome do menor Segurado e/ou ao representante legalmente constituído;
 - b)** Pessoas de idade de 16 (dezesesseis) a 21 (vinte e um) anos, exclusive: a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.
- 19.11.** Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 19.12.** As providências ou atos que a Seguradora praticar após o Sinistro não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará ao Segurado, ao Beneficiário ou ao representante legal os motivos do não-pagamento da Indenização, o que poderá ser feito por intermédio do Corretor.
- 19.13.** A documentação necessária para regulação do Sinistro consta nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.
- 19.14.** Os valores das obrigações pecuniárias da Seguradora sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no plano desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária.
- 19.14.1** A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

CLÁUSULA 20. JUNTA MÉDICA

- 20.1.** No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão de lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora Deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 20.2.** A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador escolhido pelos dois nomeados.

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

20.4. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, e os honorários do terceiro médico serão divididos em partes iguais entre o Segurado e a Seguradora.

CLÁUSULA 21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

21.1. O segurado e seu(s) Beneficiário(s) perderão o direito a qualquer Indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- a)** Inexatidão ou omissão nas declarações da Proposta de Adesão, que possa influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro;
- b)** Não-cumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais;
- c)** Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a Indenização;
- d)** Fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
- e)** Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do Evento Coberto e suas consequências;
- f)** Solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado ou pelo Estipulante;
- g)** Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s) para obter ou majorar seu Capital Segurado;
- h)** Inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.
- i)** Não fornecimento da documentação solicitada;

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

21.3. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na Proposta de Contratação/Adesão.

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.

21.5. 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.

21.6. Se o Segurado, seu representante, ou seu Corretor fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do Prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

21.6.1 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, é facultado à Seguradora:

21.6.1.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro, ocorrerá:

a) O cancelamento do seguro, retendo-se do Prêmio originalmente

pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, a continuidade do seguro, cobrando-se a diferença de Prêmio cabível ou restringindo-se a cobertura contratada.

21.6.1.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do

a) Cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, retendo, do

Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

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

21.6.1.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do

a) Cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de Prêmio cabível.

CLÁUSULA 22. REINTEGRAÇÃO

22.1. Nos casos de morte e de invalidez permanente total não haverá reintegração.

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

CLÁUSULA 23. BENEFICIÁRIOS

- 23.1** O Segurado Principal poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, ou através de meios remotos, o(s) Beneficiário(s) que desejar, ressalvadas as restrições legais, para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta.
- 23.2** O Segurado Principal poderá, a qualquer tempo, substituir o(s) Beneficiário(s), incluir outro(s) e/ou complementar as indicações mediante manifestação por escrito à Seguradora e através de formulário próprio da Seguradora, ou através de meios remotos, ressalvadas as restrições legais.
- 23.2.1.** Caso o Segurado não de ciência à Seguradora da substituição de seu(s) Beneficiário(s) na forma prevista no item 23.2, a Seguradora desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao(s) antigo(s) Beneficiário(s).
- 23.3** Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.
- 23.4** No caso de morte do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.
- 23.4.1.** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados Principal e Dependente(s) deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

CLÁUSULA 24. REENQUADRAMENTO

- 24.1.** Os Prêmios serão reenquadrados anualmente, na data de aniversário do contrato, de acordo com o estabelecido a seguir:
- 24.1.1. Por Idade Média:** O Prêmio deste Seguro é calculado em conformidade com a idade média dos segurados que compõe a Apólice Coletiva, sua precificação está representada na Tabela de Taxas e Prêmios por Idade Média, prevista no Contrato. Para atender ao ajustamento técnico tarifário, necessário em função da mudança de idade, as taxas de Prêmio sofrerão reenquadramento anual, conforme a mesma tabela já referida. Este reenquadramento ocorrerá na data de aniversário da apólice a cada 12 meses.
- 24.1.1.1** Nos seguros contratados com a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge em que a idade do cônjuge não seja informada, será considerado como parâmetro a idade do Segurado Titular.

CLÁUSULA 25.ALTERAÇÕES NESTE SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

- 25.1.** O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.
- 25.2.** Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 25.3.** Qualquer alteração de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 25.4.** A renovação que não acarretar alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados, ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante mediante a concordância da Seguradora.

CLÁUSULA 26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 26.1.** As peças promocionais e de propaganda referentes ao seguro somente podem ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas, rigorosamente, as Condições Gerais, as condições de cada garantia e a nota técnica submetidas à SUSEP.

CLÁUSULA 27.PRESCRIÇÃO

- 27.1.** Qualquer direito do Segurado ou do Beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

CLÁUSULA 28.FORO

- 28.1.** Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas às presentes Condições Gerais.

CLÁUSULA 29.TRIBUTOS

- 29.1.** Os tributos relativos a este Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

CLÁUSULA 30.ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 30.1.** A aceitação deste seguro estará sujeita à análise de risco.

CLÁUSULA 31.ARREPENDIMENTO

- 31.1.** O Segurado que contratar este plano, por meio físico ou através de meios remotos, poderá desistir do seguro no prazo de 7(sete) dias corridos a contar do início de vigência do seguro, da assinatura da proposta ou da data de pagamento do prêmio.

- 31.2.** O Segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.
- 31.3.** A Seguradora ou seu representante, conforme for o caso, fornecerão ao Segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.
- 31.4.** Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento previsto nesta cláusula, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo de arrependimento, serão devolvidos, no prazo de 7 dias úteis.
- 31.5.** A devolução a que se refere o item anterior será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

CLÁUSULA 32. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 32.1.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 32.2.** 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.
- 32.3.** Este seguro é 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE QUALQUER CAUSA

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Morte Qualquer Causa - Morte.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2. Esta cobertura para segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.
- 3.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data da ocorrência do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovado mediante Certidão de Óbito.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes na Cláusula 4 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 5. INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA

- 5.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do Plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.

- 5.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
 - b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
 - c) com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença).

CLÁUSULA 6. PRÊMIO

- 6.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

CLÁUSULA 7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.
- 7.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. **Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.**
- 8.2. **As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 8.3. **A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.**
- 8.4. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**
 - a) **Formulário Aviso de Sinistro;**
 - b) **Certidão de Óbito do segurado;**
 - c) **Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina;**

- d) Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;
- e) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado ou declaração de residência;
- f) Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
- g) Ficha de Registro de Empregado Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);
- h) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de acidente);
- i) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- j) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);

8.5. Documentos dos beneficiários:

8.5.1. Segurado solteiro, sem união estável, sem filhos:

- a) Documentos pessoais dos pais do segurado: R.G, CPF, comprovante de residência e telefone;
- b) Declaração de únicos herdeiros com firma reconhecida;
- c) Autorização de crédito em conta corrente do beneficiário;

8.5.2. Segurado solteiro, sem união estável, com filhos:

- a) Documentos pessoais dos filhos do segurado: R.G, CPF, comprovante
- b) Documentos pessoais do responsável pelo(s) filhos do segurado: R.G, CPF, comprovante de residência e telefone, em caso o(s) filho(s) menores;
- c) Declaração de únicos herdeiros com firma reconhecida;

8.5.3. Segurado casado ou com união estável, sem filhos:

- a) Provas de união estável (caso não seja efetivamente casado) - Pensão por morte do INSS, anotação na CTPS, comprovante de residência em comum, etc.
- b) Declaração pública de união estável;
- c) Documentos pessoais do cônjuge/companheiro (a) do segurado: R.G,
- d) Declaração de únicos herdeiros com firma reconhecida;
- e) Autorização de crédito em conta corrente dos beneficiários

8.5.4. Segurado casado ou com união estável, com filhos:

- a) Certidão de casamento atualizada (se casado)

- b) Provas de união estável (caso não seja efetivamente casado) - Pensão por morte do INSS, anotação na CTPS, comprovante de residência em comum, etc.
- c) Declaração pública de união estável;
- d) Documentos pessoais do cônjuge/companheiro (a) do segurado: R.G, CPF, comprovante de residência e telefone;
- e) Documentos pessoais do(a) filho(s) do segurado: R.G, CPF, comprovante de residência e telefone;
- f) Declaração de únicos herdeiros com firma reconhecida;
- g) Autorização de crédito em conta corrente dos beneficiários

8.5.5. No caso de Beneficiários Incapazes:

- a) menores sujeitos ao poder familiar: cópia autenticada da Certidão de nascimento do menor e documentos de identificação de ambos os pais (cédula de identidade e CPF);
 - b) menores sujeitos à tutela: cópia autenticada da Certidão de nascimento do menor, termo de tutela e documentos de identificação do tutor (cédula de identidade e CPF);
 - c) maiores sujeitos a curatela: cópia autenticada da Certidão de nascimento do maior, termo de curatela e documentos de identificação do curador (cédula de identidade e CPF).
- 8.6. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 8.7. A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.
- 8.8. Caso haja solicitação de nova documentação o prazo para liquidação de sinistros sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

CLÁUSULA 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Morte Acidental.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado, por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** Esta cobertura para segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes na Cláusula 4 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente/companheiro(a) e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

- 5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

CLÁUSULA 6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

CLÁUSULA 7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.3. Não obstante o estabelecido acima, será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1. **Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial, deverão ser apresentados os seguintes documentos:**
 - a) **Formulário Aviso de Sinistro;**
 - b) **Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina;**
 - c) **Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
 - d) **Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;**
 - e) **Cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado contendo o carimbo com número do CRM (Conselho Regional de Medicina) do médico;**
 - f) **Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
 - g) **Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;**
 - h) **Laudo Necroscópico – IML;**
 - i) **CNH – caso o seja o segurado o condutor do veículo;**
 - j) **Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de acidente);**
 - k) **CAT – quando o caso exigir;**
 - l) **Cópia do comprovante de endereço ou declaração de residência nominal ao segurado e beneficiário;**
 - m) **Dados bancários completo em nome do beneficiário.**

CLÁUSULA 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL INDIVIDUAL

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Auxílio Funeral Individual.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas a para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado contratado.
- 3.3.** Esta cobertura para segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes na Cláusula 4 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** Os beneficiários desta cobertura serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas do funeral do segurado.

CLÁUSULA 6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do segurado.

CLÁUSULA 7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.
- 7.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial, deverão ser apresentados os seguintes documentos:
 - a) **Formulário Aviso de Sinistro;**
 - b) **Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
 - c) **Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;**
 - d) **Cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;**
 - e) **Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina;**
 - f) **Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
 - g) **Cópia do comprovante de endereço ou declaração de residência nominal ao segurado e beneficiários;**
 - f) **Nota(s) fiscal(is) original(is), e respectivo recibo de pagamento correspondente (s) aos gastos com o funeral constando o discriminativo dos serviços prestados.**

CLÁUSULA 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Auxílio Funeral Familiar.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas a para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1.** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** O beneficiário poderá optar por prestadores de serviço à sua livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo reembolsado pelas despesas efetuadas até o limite máximo do capital segurado contratado.
- 3.3.** Esta cobertura para segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes na Cláusula 4 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** Os beneficiários desta cobertura serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas do funeral do segurado.

CLÁUSULA 6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do segurado.

CLÁUSULA 7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.
- 7.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 8. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial, deverão ser apresentados os seguintes documentos:
 - a) Formulário Aviso de Sinistro;**
 - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
 - c) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;**
 - d) Cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;**
 - e) Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina;**
 - f) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;**
 - g) Cópia do comprovante de endereço ou declaração de residência nominal ao segurado e beneficiários;**
 - h) Nota(s) fiscal(is) original(is), e respectivo recibo de pagamento correspondente (s) aos gastos com o funeral constando o discriminativo dos serviços prestados.**

CLÁUSULA 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.
- 2.2. Definição de Invalidez permanente total por acidente é a perda ou impotência funcional definitiva e total, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis no momento.
- 2.3. Definição de Nefrectomia Bilateral é a remoção de ambos os rins.
- 2.4. Para efeito deste seguro, entende-se como “invalidez permanente total”, os acidentes que resultem em:
 - a) Perda total da visão de ambos os olhos;
 - b) Perda total do uso de ambos os braços;
 - c) Perda total do uso de ambas as pernas;
 - d) Perda total do uso de ambas as mãos;
 - e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
 - f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 - g) Perda total do uso de ambos os pés;
 - h) Alienação mental total incurável; e
 - i) Nefrectomia bilateral por acidente.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a ficar totalmente inválido em caráter permanente em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

- 3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data da ocorrência do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.
- 3.3. **As coberturas IPTA e IPA não podem ser contratadas simultaneamente.**
- 3.4. **Não ficando abolidas por completo as funções dos membros ou órgãos lesados, a indenização por invalidez permanente total por acidente não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.**
- 3.5. **Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez pré-existente será percentualmente deduzido para fins de indenização.**

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA:**
 - 4.1.1. **doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;**
 - 4.1.2. **os envenenamentos, ainda que acidentais;**
 - 4.1.3. **quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
 - 4.1.4. **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal;**
 - 4.1.5. **acidentes médicos;**
 - 4.1.6. **perda de dentes ou danos estéticos.**
- 4.2. **Os acidentes ocorridos em consequência:**
 - 4.2.1. **da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - 4.2.2. **de acidente ocorrido quando o segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;**

4.2.3. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

CLÁUSULA 5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** Para esta cobertura o beneficiário será sempre o segurado.

CLÁUSULA 6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

- 6.1.** As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente, quando contratadas ambas as garantias, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da invalidez.

CLÁUSULA 7. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 7.1.** O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 7.2.** A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.
- 7.3.** A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta, com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 7.4.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade 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. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. 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.

- 7.5. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 7.6. 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.
- 7.7. Com a indenização por esta condição especial de IPTA o segurado será automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 8.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- 8.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
 - a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
 - b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
 - c) com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença - em que o segurado recebeu indenização como antecipação da morte).

CLÁUSULA 9. PRÊMIO

- 9.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

CLÁUSULA 10. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 10.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 10.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 10.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 11.1. Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 11.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

11.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

11.4. O valor a ser indenizado ao beneficiário será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

11.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a)** Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
- b)** Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;
- c)** Ficha de Registro de Empregado Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);
- d)** Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina;
- e)** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico;
- f)** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- g)** Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado ou declaração de residência;
- h)** Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial.

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

CLÁUSULA 12.DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

ANEXO - Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Total por Acidente.

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, desde que a mesma seja de caráter definitivo, a seguradora pagará ao segurado uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	
Discriminação	% sobre Importância Segurada
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE ESPECIAL

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Especial – IPTA Especial.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.
- 2.2.** Definição de Invalidez permanente total por acidente especial é a perda ou impotência funcional definitiva e total, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis no momento.
- 2.3.** Definição de Nefrectomia Bilateral é a remoção de ambos os rins.
- 2.4.** Para efeito deste seguro, entende-se como “invalidez permanente total”, os acidentes que resultem em:
 - a)** Perda total da visão de ambos os olhos;
 - b)** Perda total do uso de ambos os braços;
 - c)** Perda total do uso de ambas as pernas;
 - d)** Perda total do uso de ambas as mãos;
 - e)** Perda total do uso de um braço e uma perna;
 - f)** Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 - g)** Perda total do uso de ambos os pés;
 - h)** Alienação mental total incurável; e
 - i)** Nefrectomia bilateral por acidente.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1.** Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a ficar totalmente inválido em caráter permanente em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

- 3.2.** O valor do capital segurado para esta cobertura equivale ao dobro do capital segurado contratado à cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente-IPTA.
- 3.3.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data da ocorrência do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.
- 3.4.** As coberturas IPTA Especial e IPA não podem ser contratadas simultaneamente.
- 3.5.** Não ficando abolidas por completo as funções dos membros ou órgãos lesados, a indenização por invalidez permanente total por acidente não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.
- 3.6.** Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já será defeituoso antes do acidente, percentualmente deduzido para fins de indenização.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente Especial – IPTA Especial:
 - 4.1.1.** doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
 - 4.1.2.** os envenenamentos, ainda que acidentais;
 - 4.1.3.** quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - 4.1.4.** as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal;
 - 4.1.5.** acidentes médicos; perda de dentes ou danos estéticos.
 - 4.1.6.** perda de dentes ou danos estéticos
- 4.2.** Os acidentes ocorridos em consequência:
 - 4.2.1.** da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- 4.2.2. de acidente ocorrido quando o segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;
- 4.2.3. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

CLÁUSULA 5. BENEFICIÁRIO

- 5.1. Para esta cobertura o beneficiário será sempre o segurado.

CLÁUSULA 6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

- 6.1. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente, quando contratadas ambas as garantias, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente Especial, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da invalidez.

CLÁUSULA 7. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 7.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente especial estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 7.2. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.
- 7.3. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta, com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 7.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade 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. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela

sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. 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.

- 7.5. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 7.6. 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.
- 7.7. Com a indenização por esta condição especial da IPTA Especial segurado será automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 8.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- 8.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
 - a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
 - b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
 - c) com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença - em que o segurado recebeu indenização como antecipação da morte).

CLÁUSULA 9. PRÊMIO

- 9.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

CLÁUSULA 10. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 10.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 10.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 10.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 11.1.** Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 11.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 11.3.** A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 11.4.** O valor a ser indenizado ao beneficiário será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 11.5.** A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- a)** Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
 - b)** Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;
 - c)** Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado ou declaração de residência;
 - d)** Ficha de Registro de Emprego Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);
 - e)** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico;
 - f)** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
 - g)** Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina;
 - h)** Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial.
- 11.6.** Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

CLÁUSULA 12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

ANEXO - Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Total por Acidente Especial.

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente Especial, desde que a mesma seja de caráter definitivo, a seguradora pagará ao segurado uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA Especial)	
Discriminação	% sobre Importância Segurada
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano serão utilizadas para esta Condição Especial:
 - 2.1.1. **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.
 - 2.1.2. **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
 - 2.1.3. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
 - 2.1.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
 - 2.1.5. **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
 - 2.1.6. **Ato Médico:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
 - 2.1.7. **Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
 - 2.1.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
 - 2.1.9. **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
 - 2.1.10. **Consumpção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

- 2.1.11. Dados Antropométricos:** no caso da garantia de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.
- 2.1.12. Deambular:** ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.1.13. Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.1.14. Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.1.15. Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.1.16. Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.1.17. Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.1.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.1.19. Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.1.20. Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.1.21. Doença do Trabalho:** Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
- 2.1.22. Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.1.23. Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.1.24. Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.1.25. Hígido:** saudável.
- 2.1.26. Médico Assistente:** médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

- 2.1.27. **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.1.28. **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas
- 2.1.29. **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um
- 2.1.30. **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em
- 2.1.31. **Relações autonômicas:** entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.
- 2.1.32. **Relações existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser
- 2.1.33. **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.1.34. **Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de
- 2.1.35. **Transferência Corporal:** capacidade do Segurado se deslocar de um local

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1. A presente condição especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento capital segurado contratado, quando ocorrer a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do segurado, consequente de doença que cause a perda da existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 4 – Riscos Cobertos, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta condição especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 12 – Regulação e Liquidação de Sinistros destas Condições Especiais.
- 3.3. **As coberturas AED, IFPD ou ILPD não podem ser contratadas simultaneamente.**

CLÁUSULA 4. RISCOS COBERTOS

4.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestados por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:

- a)** doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b)** doenças neoplásicas malignas ativas sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c)** doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d)** alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e)** doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f)** doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g)** deficiência visual, decorrente de doença:
 - cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º;
 - ou ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h)** doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e
- i)** os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

- 4.2.** Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – Anexo, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 4.3.** O IAIF - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
- 4.4.** O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra:
- 4.6.** Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente
- 4.5.** avaliados e pontuados.
- 4.7.** O segundo documento, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 4.8.** Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

CLÁUSULA 5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença - IFPD, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autonômicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

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

CLÁUSULA 6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 6.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 6.2.** Quando forem aplicáveis, carências estarão fixadas no contrato.

- 6.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 6.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 6.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 7. BENEFICIÁRIO

- 7.1. Para esta cobertura o beneficiário será sempre o segurado.

CLÁUSULA 8. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 8.1. **O pagamento da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.**
- 8.2. **A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.**
- 8.3. **A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta, com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.**
- 8.4. **No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade 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. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. 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.**
- 8.5. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.**

- 8.6.** 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.
- 8.7.** Com a indenização por esta condição especial de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença o segurado será automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 9.1.** A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- 9.2.** Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
- 9.2.1.** simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
 - 9.2.2.** a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
 - 9.2.3.** desde que efetivamente comprovada, por ser a garantia de Invalidez por Doença Funcional uma antecipação da garantia de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a garantia para o caso de morte, bem como o presente seguro.
- 9.3.** Não restando caracterizada a invalidez por doença do tipo funcional, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, do Contrato e/ou Apólice, sem qualquer devolução de prêmios.

CLÁUSULA 10. PRÊMIO

- 10.1.** A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

CLÁUSULA 11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 11.1.** A data da invalidez funcional permanente e total por doença será a indicada na Declaração Médica devidamente assinada por médico assistente.
- 11.2.** A data da invalidez funcional permanente e total por doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 11.3.** Do Aviso de Sinistro deve constar a Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 11.4.** Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença

que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 – RISCOS COBERTOS;

11.5. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

- a) cópia do RG ou RNE, CPF e comprovante de residência e telefone do segurado;
- b) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado ou declaração de residência;
- c) Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina:
 - Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e
 - Detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.
- d) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

11.6. Protocolado o Aviso de Sinistro, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

11.7. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

11.8. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

11.9. O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

CLÁUSULA 12. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

12.1. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez por doença do tipo funcional são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro

clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

CLÁUSULA 13. DATA EVENTO

13.1. Considera-se data do evento para fins de caracterização da existência de cobertura e para fins de cálculo do capital segurado:

13.1.1. A data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 pontos.

CLÁUSULA 14. NÃO RECONHECIMENTO DA IFPD

14.1. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.

14.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

14.3. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

CLÁUSULA 15. PERÍCIA MÉDICA

15.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

15.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

CLÁUSULA 16. DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

ANEXO – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

TABELA 1 - RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
<p style="text-align: center;">RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO</p>	<p style="text-align: center;">1º GRAU:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO? ➤ DEAMBULA LIVREMENTE? ➤ SAI À RUA SEM SUPERVISÃO? ➤ ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES? ➤ MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR? 	0
	<p style="text-align: center;">2º GRAU:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA? ➤ COMUNICA-SE COM DIFICULDADE? ➤ REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DÉFICIT COGNITIVO? 	10
	<p style="text-align: center;">3º GRAU:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA? ➤ NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO? ➤ POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL? 	20

TABELA 2 - CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
<p>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO</p>	<p>1º GRAU:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO, CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO? ➤ NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS? 	<p>0</p>
	<p>2º GRAU:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO? 	<p>10</p>
	<p>3º GRAU:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO ASSISTÊNICA E/OU AUXÍLIO TÉCNICO? 	<p>20</p>

TABELA 3 – CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
<p>CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA</p>	<p>1º GRAU:</p> <p>➤ O SEGURADO REALIZA, SEM ASSISTÊNCIA, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE, DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO, ESCOVAR SEUS DENTES, PENTEAR-SE, BARBEAR-SE, BANHARSE, ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTO-SUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS?</p>	<p>0</p>
	<p>2º GRAU:</p> <p>➤ O SEGURADO NECESSITA DE ASSISTÊNCIA E/OU AUXÍLIO TÉCNICO EVENTUAIS PARA TROCAR DE ROUPA, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO, PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL, PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES)?</p>	<p>10</p>
	<p>3º GRAU:</p> <p>➤ O SEGURADO NECESSITA DE ASSISTÊNCIA MANTIDA PARA AS ATIVIDADES DIÁRIAS DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS?</p>	<p>20</p>

TABELA 4 – DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	VALORAÇÃO (PONTOS)
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E/OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40 (QUARENTA)?	2
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO?	2
HÁ CURSO DE RECIDIVA E/OU PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E/OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNE?	4
EXISTEM MAIS DE 2 (DOIS) FATORES AGRAVANTES DE RISCO E/OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE? CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE	4
SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E/OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA?	8

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Antecipação Especial por Doença - AED que garante antecipação de 100% do capital segurado da garantia de Morte, desde que contratada.

CLÁUSULA 2. GARANTIA

- 2.1.** Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir a antecipação do pagamento de um capital segurado, relativo à cobertura de Morte, ao Segurado, ao seu curador ou a quem o represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que este apresente quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças cobertas, após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 desta Condição Especial.
- 2.2.** Ainda está previsto como evento coberto, o estado de perda de existência, independente do Segurado, por motivo de doença, somente nos casos em que este se encontrar dentro das características relacionadas pelo subitem g, cláusula 3 desta Condição Especial.
- 2.3.** Considera-se o segurado com quadro clínico irreversível e em fase terminal aquele que apresente estado clínico gravíssimo, sem perspectiva de recuperação, devidamente comprovado por profissional legalmente habilitado, nos casos das enfermidades previstas no item 3 desta cobertura.
- 2.4.** Esta cobertura somente será contratada junto com a contratação da cobertura por Morte.
- 2.5.** As coberturas AED, IFPD ou ILPD não podem ser contratadas simultaneamente.
- 2.6.** A concessão desta garantia não está vinculada a aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas.

CLÁUSULA 3. RISCOS COBERTOS

- 3.1.** Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestados por um médico legalmente

habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:

a) deficiência visual, decorrente de doença:

- cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
- ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

b) Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas.

Entende-se por coma o estado de inconsciência, sem resposta a estímulos externos, persistindo continuamente, com as medidas de suporte de vida, por um período de pelo menos 96h (noventa e seis horas) e resultando em déficits neurológicos permanentes.

c) Doenças Terminais.

Entende-se por Doenças Terminais aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma das medidas terapêuticas conhecidas e aplicadas, sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevida, cuja consequência esperada é o óbito.

d) Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro.

Entende-se por alienação mental: o distúrbio mental ou neuromental grave e persistente, que, esgotados os meios habituais de tratamento, acarrete alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para o exercício de qualquer atividade laborativa, bem como estar na condição de curatelado(a) em caráter definitivo

e) Insuficiência cardíaca refratária ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas.

Entende-se por Insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivo restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgãos salvo, representando se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada por exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

f) Doenças Crônicas

Entende-se por doenças crônicas: as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, em caráter progressivo, bem como manifestações clínicas avançadas, acometendo órgão salvo (consumptivas), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico

g) Perda de existência independente do segurado

Entende-se por perda de existência independente do Segurado, aquela que, por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:

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

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos desta cobertura os eventos decorrentes de:

- a) Insuficiência cardíaca congênita de conhecimento do Segurado e não declarada na contratação;
- b) Toda e qualquer manifestação clínica, lesão e/ou doença que possua, em qualquer tempo de sua evolução, desde a origem, inclusive, alguma internação, intercorrência e/ou agravo ocorrido na dependência de traumatismos, exposições a esforços físicos, repetitivos ou não e/ou posturas viciosas; e
- c) A perda, a redução, ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal.

CLÁUSULA 5. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 5.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 5.2. Quando forem aplicáveis, carências estarão fixadas no contrato.
- 5.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 5.4. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 5.5. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer

intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1.** O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto.
- 6.2.** O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

CLÁUSULA 7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 7.1.** A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- 7.2.** Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
 - 7.2.1.** com o cancelamento da apólice;
 - 7.2.2.** com o cancelamento da apólice desta cobertura adicional;
 - 7.2.3.** com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;
 - 7.2.4.** com a ocorrência da Morte do segurado;
 - 7.2.5.** a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
 - 7.2.6.** com o pagamento do Capital Segurado desta cobertura adicional; e com o
 - 7.2.7.** esgotamento do Capital Segurado a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice.

CLÁUSULA 8. PRÊMIO

- 8.1.** Esta cobertura somente poderá ser contratada junto com a cobertura por Morte qualquer Causa, por meio de pagamento de prêmio.
- 8.2.** O prêmio para esta cobertura estará indicado nas Condições contratuais.

CLÁUSULA 9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 9.1.** Quando da ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, a seguradora, via formulário “AVISO DE SINISTRO”, por carta, fax, telegrama ou e-mail.
- 9.2.** Na comunicação por carta, fax, telegrama ou e-mail, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

- 9.3.** O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, de acordo com a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:
- a)** “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Estipulante, Segurado ou Representante e Médico-Assistente do Segurado (Original);
 - b)** Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia Simples);
 - c)** RG, CPF e comprovante de residência do Segurado (Cópia Simples);
 - d)** Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado (Original);
 - e)** Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas na alínea/item anterior (Original);
 - f)** Formulário de autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento (Original);
 - g)** Ficha de registro de informações cadastrais – se pessoa jurídica, conforme Circular Susep (original); e/ou
 - h)** Ficha de registro de informações cadastrais – se pessoa física, conforme Circular Susep (original).
- 9.4.** O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação solicitada pela Seguradora, será de 30 (trinta) dias.
- 9.5.** A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 9.6.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da Invalidez Permanente, 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.

- 9.6.1.** A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um Terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, sendo que os honorários do Terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 9.6.2.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo Segurado.

CLÁUSULA 10. DATA EVENTO

10.1. Considera-se data do evento para fins de caracterização da existência de cobertura e para fins de cálculo do capital segurado:

10.1.1. A data indicada na Declaração Médica, ratificando que o segurado encontra-se em quadro clínico irreversível e em fase terminal, por motivo de doença.

CLÁUSULA 11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença-ILPD.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Além das definições da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano serão utilizadas para esta Condição Especial:
- 2.1.1. Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
 - 2.1.2. Atividade Laborativa Principal:** é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.
 - 2.1.3. Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
 - 2.1.4. Doença do Trabalho:** Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
 - 2.1.5. Invalidez laborativa permanente total por doença:** aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação para a atividade principal do segurado.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1.** A presente condição especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a ILPD do segurado, sob critérios devidamente especificados no item 4 – Riscos Cobertos, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta condição especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** Não podem configurar como segurados, para a cobertura ILDP, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte desta sociedade seguradora.

3.3. As coberturas AED, IFPD ou ILPD não podem ser contratadas simultaneamente.

CLÁUSULA 4. RISCOS COBERTOS

- 4.1.** Para fins desta cobertura, entende-se por invalidez laborativa permanente e total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.
- a) A atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença, que acarretou a sua invalidez.
- 4.2.** Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- a) Paciente em fase terminal é o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, sem perspectiva de recuperação, e que apresente uma expectativa de morte em até 6 (seis) meses da data do diagnóstico, atestada por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia e acompanhada dos exames médicos realizados, comprobatórios da doença.
- 4.3.** A constatação da Invalidez Laborativa Permanente Total por doença profissional, será feita por declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na especialização da doença.
- 4.4.** Estão expressamente cobertas as doenças relacionadas com o trabalho, conforme listagem oficial instituída pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº 1339/GM de 18 de novembro de 1999 e suas alterações.
- 4.5.** Além da comprovação médica, se faz necessário a comprovação da aposentadoria do segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por doença profissional que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data do início de vigência da cobertura e que o segurado seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

CLÁUSULA 5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:**
- a) **Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal.**

- b) De moléstias ou doenças de natureza, causa ou origem crônica decorrentes da inalação de gases e vapores;
- c) Mutilação voluntária ou premeditada;
- d) Epidemias oficialmente declaradas;
- e) Danos morais, estéticos e/ou psicológicos.

CLÁUSULA 6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 6.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 6.2.** Quando forem aplicáveis, carências estarão fixadas no contrato.
- 6.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 7. BENEFICIÁRIO

- 7.1.** Para esta cobertura o beneficiário será sempre o segurado.

CLÁUSULA 8. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 8.1.** O pagamento de qualquer indenização por invalidez laborativa permanente total por doença estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 8.2.** A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.
- 8.3.** A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta, com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 8.4.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade 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. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver

designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. 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.

- 8.5. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 8.6. 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.
- 8.7. Com a indenização por esta condição especial de ILPD o segurado será automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 9.1. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- 9.2. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
 - a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
 - b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
 - c) com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença - em que o segurado recebeu indenização como antecipação da morte).
- 9.3. Não restando caracterizada a invalidez por doença do tipo laborativa, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, do Contrato e/ou Apólice, sem qualquer devolução de prêmios.

CLÁUSULA 10. PRÊMIO

- 10.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

CLÁUSULA 11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 11.1. A data da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente assinada por médico assistente.
- 11.2. A data da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

- 11.3.** Do Aviso de Sinistro deve constar a Declaração Médica indicando a data da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença.
- 11.4.** Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 – RISCOS COBERTOS;
- 11.5.** Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:
- a)** Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
 - b)** Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
 - c)** RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
 - d)** Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);
 - e)** Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
 - f)** Comprovante de concessão de aposentadoria pelo órgão previdenciário Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) (cópia simples);
 - g)** Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples) ou declaração de residência;
 - h)** Dados bancários completo em nome do segurado.
- 11.6.** Protocolado o Aviso de Sinistro, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.
- 11.7.** Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

11.8. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

11.9. O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

CLÁUSULA 12.DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

12.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez por Doença do tipo laborativa são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

12.2. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

CLÁUSULA 13.CAPITAL SEGURADO

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

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

CLÁUSULA 14.NÃO RECONHECIMENTO DA ILPD

14.1. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA.

14.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.

CLÁUSULA 15.JUNTA MÉDICA

15.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias,

a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

CLÁUSULA 16. DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas a para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1.** Garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.
- 3.2.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data da ocorrência do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.
- 3.3.** **As coberturas IPA e IPTA não podem ser contratadas simultaneamente.**
- 3.4.** **As coberturas IPA e IPTA Especial não podem ser contratadas simultaneamente.**

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA:
 - 4.1.1.** **doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;**
 - 4.1.2.** **os envenenamentos, ainda que acidentais;**

- 4.1.3. quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - 4.1.4. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal;
 - 4.1.5. acidentes médicos;
 - 4.1.6. perda de dentes ou danos estéticos.
- 4.2. Os acidentes ocorridos em consequência:
- 4.2.1. da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - 4.2.2. de acidente ocorrido quando o segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;
 - 4.2.3. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

CLÁUSULA 5. REINTEGRAÇÃO

- 5.1. Após cada evento em que houver uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o Capital Segurado relativo a esta garantia será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional.

CLÁUSULA 6. BENEFICIÁRIO

- 6.1. Para esta cobertura o beneficiário será sempre o segurado.

CLÁUSULA 7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.3. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

- 8.1. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, quando contratadas ambas as garantias, não se acumulam. Se, depois de

paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da invalidez.

CLÁUSULA 9. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 9.1.** O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 9.2.** 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 do grau de redução funcional apresentado à porcentagem para sua perda total prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.
- 9.3.** Na falta de indicação do percentual de redução, sendo o grau classificado como máximo, médio ou mínimo, a indenização proporcional será calculada com base nos índices 75 (setenta e cinco), 50 (cinquenta) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente, aplicados sobre a mesma Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.
- 9.4.** 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, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para invalidez permanente total ou parcial por acidente.
- 9.5.** 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, caso houvesse a perda completa desse membro.
- 9.6.** Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 9.7.** 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.

- 9.8.** A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 9.9.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade 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. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. 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.
- 9.10.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 9.11.** 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.
- 9.12.** Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de IPA, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 10. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 10.1.** A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- 10.2.** Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
- a)** simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
 - b)** a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
 - c)** com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença - em que o segurado recebeu indenização como antecipação da morte).

CLÁUSULA 11. PRÊMIO

- 11.1.** A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

CLÁUSULA 12. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 12.1.** Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 12.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 12.3.** A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 12.4.** O valor a ser indenizado ao beneficiário será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 12.5.** A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- a)** Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
 - b)** Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;
 - c)** Ficha de Registro de Empregado Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);
 - d)** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico;
 - e)** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
 - f)** Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial;
 - g)** Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina;
 - h)** Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado ou declaração de residência;
 - i)** Relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:
 - Diagnóstico;
 - Data da alta definitiva;
 - Tratamento usado;
 - Percentual de redução funcional apresentado em decorrência do acidente.
- 12.6.** Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 12.7.** A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

CLÁUSULA 13.DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

ANEXO - Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.

No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, desde que a mesma seja de caráter definitivo, a seguradora pagará ao segurado uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
Discriminação	% sobre Importância Segurada
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a visão do outro olho	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	
Perda total de 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

Aquiloze total de um dos ombros	25
Aquiloze total de um dos cotovelos	25
Aquiloze total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar, indenização do equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE 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	25
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-fibulares	20
Fratura não consolidada da patela	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquiloze total de um dos joelhos	20
Anquiloze total de um dos tornozelos	20
Anquiloze total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé Amputação do 1º (primeiro) dedo Amputação de qualquer dedo	25
	10
	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Ecurtamento 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	6
Ecurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros	0
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 mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ:	
Perda total do nariz	25

Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO:	
Diplopia	15
LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS:	
Unilateral	7
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
LESÕES DA PÁLPEBRA:	
Ectrópio Unilateral	3
Ectrópio Bilateral	6
Entrópio Unilateral	7
Entrópio Bilateral	14
Má oclusão palpebral Unilateral	3
Má oclusão palpebral Bilateral	6
Ptose palpebral Unilateral	5
Ptose palpebral Bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	
Amputação Total da Língua	15
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	50
- mais de 50% (cinquenta por cento)	15
	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	
Perda total das duas orelhas	8
	6
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim, com rim remanescente com função preservada	
Redução da Função renal não dialítica	30
Redução da Função renal dialítica	50
Retenção crônica de urina (sondagens vesicais obrigatórias)	75
Cistostomia definitiva	15
Incontinência urinária permanente	30
	30
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	
Perda de dois testículos	5
Amputação traumática do pênis	15
Perda de um ovário	40
Perda de dois ovários	5
Perda do útero antes da menopausa	15
Perda do útero depois da menopausa	30
PESCOÇO	10

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diárias por Incapacidade Física e Temporária-DIT.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Doença:** qualquer perturbação involuntária das funções orgânicas, físicas e mentais, não devida a acidentes, ou qualquer causa externa, que requeira acompanhamento e/ou tratamento médico tendo como consequência direta o afastamento do Segurado de todas as atividades remuneradas que exerça.
- 2.2. Incapacidade temporária:** a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, causada por doença ou acidente pessoal coberto e atestada por profissional legalmente habilitado, para o pleno exercício de todas as atividades remuneradas exercidas pelo Segurado.
- 2.3.** Entende-se por limite de diárias a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus, contada a partir do término do período de franquia contratado, por cada evento.
- 2.4.** Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de afastamento do Segurado em virtude de sua Incapacidade Temporária, causada por acidente pessoal ou doença cobertos, ocorridos dentro do período de cobertura e após o período de carência, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido.
- 3.2** O Limite de Diárias indenizáveis por cada evento será estabelecido no contrato e/ou no Certificado Individual, respeitadas as seguintes opções:

PLANO	LIMITE DE DIÁRIAS
A	30
B	60
C	90
D	120
E	150
F	180
G	210
H	240
I	270
J	300
K	330
L	360

- 3.3** Para cada evento coberto, a quantidade de diárias a ser indenizada corresponderá ao número de dias que o segurado ficar afastado por Incapacidade Temporária deduzindo-se os primeiros dias relativos ao período de franquia contratado, respeitado o Limite de Diárias estabelecido.
- 3.4** Haverá franquia em dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado por determinação médica. A indenização só passará a ser devida após o período de franquia. O número de dias de franquia será estabelecido no contrato e/ou Certificado Individual.
- 3.5** Haverá carência de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de início de vigência do seguro, para os eventos decorrentes de Doença.
- 3.6** As coberturas DIT e DIH não podem ser contratadas simultaneamente.
- 3.7** As coberturas DIT e DIH Acidental não podem ser contratadas simultaneamente.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1** Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
- a) lesões por esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT);
 - b) tratamentos voluntários para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e
 - c) procedimentos que visem o controle da natalidade; cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras provocadas por acidente pessoal coberto;

- d) tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados, quando realizados voluntariamente;**
- e) doenças preexistentes à contratação deste seguro, exceto as declaradas no Cartão-Proposta;**
- f) anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;**
- g) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- h) tratamentos dentários voluntários e intervenções facultativas por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice; período em que o segurado se encontrar em**
- i) tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas;**
- j) Despesas realizadas após a data de ocorrência do sinistro.**

CLÁUSULA 5. BENEFICIÁRIOS

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

CLÁUSULA 6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.

6.2. O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor especificado no contrato / certificado individual assim como forma de pagamento.

CLÁUSULA 7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

7.1 Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.

7.2 Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

7.3 O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

7.4 Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de incapacidade física e temporária ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 8. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

8.1 Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- c) Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina, comprovando a incapacidade temporária, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, o tipo de tratamento e o**
- e) número de dias de afastamento necessário para a recuperação.**
- d) Cópia do boletim de ocorrência autenticado; (quando necessário)**
- e) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado ou declaração de residência; e**
- f) Dados bancários completo em nome do segurado.**

CLÁUSULA 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar - DIH.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de acidente pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2** O valor de cada diária será estabelecido no Contrato, na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.
- 3.3** O Limite de diárias indenizáveis será estabelecido no Contrato, na Proposta de Adesão e ratificada no Certificado Individual, respeitadas as seguintes opções:

PLANO	LIMITE DE DIÁRIAS
A	30
B	60
C	90
D	120
E	150
F	180
G	210
H	240
I	270
J	300
K	330
L	360

- 3.4** Para cada evento coberto, a quantidade de diárias a ser indenizada corresponderá ao número de dias que o segurado ficará hospitalizado, deduzindo-se os primeiros dias relativos ao período de franquia contratado, respeitado o limite de diárias estabelecido.
- 3.5** Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.
- 3.6** Conforme estabelecido no Contrato, o benefício máximo pagável sob este seguro é de 360 (trezentos e sessenta) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 3.6.1.** Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 360 (trezentos e sessenta) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1** Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
- a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;**
 - b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Coronavírus (COVID-19) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à estas;**
 - c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
 - d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade quando voluntários ou controle da natalidade e suas consequências;**
 - e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;**
 - f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;**
 - g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;**
 - h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.**

4.2 Exclusões por Condições Médicas Preexistentes:

4.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses.

4.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na proposta, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico.

4.3 Exclusões por Instituições não Cobertas

4.3.1. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

- a) instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.**
- b) local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.**
- c) clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.**
- d) instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.**

3.5 As coberturas DIH e DIT não podem ser contratadas simultaneamente.

3.6 As coberturas DIH e DIH Acidental não podem ser contratadas simultaneamente.

CLÁUSULA 5. BENEFICIÁRIOS

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

CLÁUSULA 6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.

- 6.2.** O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

CLÁUSULA 7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1** Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.
- 7.2** Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.
- 7.3** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.4** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de incapacidade física e temporária ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 8. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 8.1** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
 - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
 - c) Original e Cópia da nota fiscal de internação, emitida pela Instituição Hospitalar. Poderá ser aceito, a critério da Seguradora, outro documento que comprove a hospitalização, tal como declaração do hospital, desde que este seja um documento comprobatório para fins legais;
 - d) Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina;
 - e) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar;
 - f) Cópia do boletim de ocorrência autenticado;
 - g) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado ou declaração de residência; e
 - h) Dados bancários completo em nome do segurado.

CLÁUSULA 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente – DIH Acidental.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2** O valor de cada diária será estabelecido no Contrato, na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.
- 3.3** O Limite de diárias indenizáveis será estabelecido no Contrato, na Proposta de Adesão e ratificada no Certificado Individual, respeitadas as seguintes opções:

PLANO	LIMITE DE DIÁRIAS
A	30
B	60
C	90
D	120
E	150
F	180
G	210
H	240
I	270
J	300
K	330
L	360

- 3.4** Para cada evento coberto, a quantidade de diárias a ser indenizada corresponderá ao número de dias que o segurado ficará hospitalizado, deduzindo-se os primeiros dias relativos ao período de franquia contratado, respeitado o limite de diárias estabelecido.
- 3.5** Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.
- 3.6** O benefício máximo pagável sob este seguro é de 360 (trezentos e sessenta) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 3.6.1.** Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 360 (trezentos e sessenta) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.
- 3.5** As coberturas DIH Acidental e DIT não podem ser contratadas simultaneamente.
- 3.6** As coberturas DIH Acidental e DIH não podem ser contratadas simultaneamente.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1** Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
- a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;
 - b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;
 - c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
 - d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade quando voluntários ou controle da natalidade e suas consequências;
 - e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
 - f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
 - g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
 - h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

4.2 Exclusões por Condições Médicas Preexistentes:

4.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses.

4.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na Proposta, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico.

4.3 Exclusões por Instituições não Cobertas

4.3.1. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

- a) instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.**
- b) local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.**
- c) clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.**
- d) instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.**

CLÁUSULA 5. BENEFICIÁRIOS

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

CLÁUSULA 6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.

6.2. O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

CLÁUSULA 7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1** Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato. **7.2** Para esta cobertura, o período de franquia será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.
- 7.3** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.4** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de incapacidade física e temporária ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 8. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 8.1** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- c) Original e Cópia da nota fiscal de internação, emitida pela Instituição Hospitalar. Poderá ser aceito, a critério da Seguradora, outro documento que comprove a hospitalização, tal como declaração do hospital, desde que este seja um documento comprobatório para fins legais;
- d) Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina;
- e) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- f) Cópia do boletim de ocorrência autenticado;
- g) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado ou declaração de residência; e
- h) Dados bancários completo em nome do segurado.

CLÁUSULA 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1** Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas - DMHO.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o reembolso, limitado ao Capital Segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2** Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados.
- 3.3** Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviço médico-hospitalares para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.
- 3.4** A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente, podendo ser aceitos pela Seguradora outros documentos a seu critério.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1** Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
 - a)** Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - b)** Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e as próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

CLÁUSULA 5. BENEFICIÁRIOS

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

CLÁUSULA 6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

CLÁUSULA 7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

7.1 Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.

7.2 Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

7.3 Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de despesas médicas, hospitalares e odontológicas ocasionadas por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 8. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

8.1 Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;**
- b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;**
- c) Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina, comprovando o tratamento, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento;**
- d) Cópias autenticadas dos comprovantes originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas;**
- e) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado ou declaração de residência; e**
- f) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado.**

CLÁUSULA 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Doença Congênita de Filhos-DC.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Doenças congênitas:** disfunções fisiológicas de origem sistêmica, bem como as provocadas por más formações anatômicas, diagnosticadas e medicamente comprovadas como congênitas.
- 2.2.** Além das definições acima, serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia em caso de nascimento de filho do Segurado Principal portador de invalidez permanente total por doença congênita que venha a ser diagnosticada, observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2** O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1** Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
 - a)** Diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
 - b)** Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;
 - c)** Ciência da doença congênita do filho durante a gestação, antes da vigência do certificado;

CLÁUSULA 5. BENEFICIÁRIOS

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

CLÁUSULA 6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, do diagnóstico que especifica e caracteriza a doença congênita, indicada na declaração médica.

CLÁUSULA 7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

7.1 Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

CLÁUSULA 8. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

8.1 Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina, atestando a doença, assinada pelo médico assistente, profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;
- b) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado principal e ao filho, se menor, declaração de residência;
- c) Dados bancários completo em nome do beneficiário.

CLÁUSULA 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E DEPENDENTES

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura Suplementar de Inclusão de Cônjuge e Dependentes.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Cônjuge:** a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como a(o) companheira(o) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge.
- 2.2. Filhos:** são os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.
- 2.3.** Além das definições acima, serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1** Esta cláusula consiste na inclusão na(s) mesma(s) cobertura(s) do segurado principal, de seu cônjuge ou companheiro, seu(s) filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros dependentes.
- 3.2** Para os menores de 14 (catorze) anos é permitida, exclusivamente, a oferta e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja, na condição de Segurado principal ou de dependente.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1** São os previstos para cada cobertura contratada.

CLÁUSULA 5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** Os capitais segurados das coberturas contratadas para o cônjuge e/ou dependentes serão definidos no contrato e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) dos capitais segurados para o Segurado Principal.

CLÁUSULA 6. BENEFICIÁRIOS

- 6.1.** Salvo estipulação expressa em contrário na apólice, a indenização é devida:

6.1.1. No caso de sinistro com o cônjuge, companheira(o) ou outro dependente adulto segurado:

a) Por morte: ao segurado principal.

b) Por outras causas e coberturas contratadas para o cônjuge: ao próprio dependente segurado.

6.1.2. No caso de sinistro com filho(s) ou enteado(s) seja(m) menor(es) de idade, a indenizações decorrentes desta cláusula serão pagas ao segurado principal.

CLÁUSULA 7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

7.1 As franquias e carências estão previstas nas condições especiais de cada cobertura

CLÁUSULA 8. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

8.1 A lista de documentos seguirá a relação necessária para as coberturas do Segurado

CLÁUSULA 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Verbas Rescisórias-VR.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1.** Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao estipulante o pagamento do capital segurado contratado, a título de verba rescisória, em caso de morte do segurado principal, observadas as condições contratuais.
- 3.2.** Esta cobertura não deve ser comercializada para menores de 14 (quatorze) anos.
- 3.3.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data da ocorrência do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovado mediante Certidão de Óbito.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes na Cláusula 4 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 5. INÍCIO E TÉRMINO DA VIGÊNCIA

- 5.1.** A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do Plano de Seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- 5.2.** Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
 - a)** simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
 - b)** a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
 - c)** com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença).

CLÁUSULA 6. PRÊMIO

6.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

CLÁUSULA 7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.
- 7.3.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 7.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 7.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1.** Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 8.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 8.3.** A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 8.4.** A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
 - a)** Formulário Aviso de Sinistro;
 - b)** Certidão de Óbito do segurado;
 - c)** Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina;
 - d)** Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;
 - e)** Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado ou declaração de residência;
 - f)** Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
 - g)** Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
 - h)** Termo de rescisão do contrato de trabalho (cópia simples);

- i) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de acidente);
- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- k) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);

Documento do beneficiário Estipulante:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples); e
- e) Comprovante da condição de empregador e estipulante do seguro, em caso de pessoa física (cópia simples).

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

A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

Caso haja solicitação de nova documentação o prazo para liquidação de sinistros sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

CLÁUSULA 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.


 @eqseguros

NOSSOS CONTATOS


Fale com nossos especialistas EQ Seguros


 **WhatsApp:**
(62)99834-1003


 **E-mail:**
atendimento@eqseguros.com.br


 **ATENDIMENTO**
(62)3572-6000
(2ª a 6ª feira das 8:30h às 17:30h)


 **FALE CONOSCO**
(62) 9670-5779
(2ª a 6ª feira das 8:30h às 17:30h)

 **E-mail Atendimento:**
atendimento@eqseguros.com.br

 **Sinistros:**
(62)3572-6095
sinistros@eqseguros.com.br

 **SAC**
0800 644 0144
(2ª a 6ª feira das 8:30h às 17:30h)

 **TELEFONE**
(62) 99670-5779
(2ª a 6ª feira das 8:30h às 17:30h)

 **OUVIDORIA**
0800 703 1989
Atendimento ao portador de deficiência
auditiva e/ou fala
0800 201 1838