

Seguro de Pessoas Coletivo - Vida



ÍNDICE

1.	CARACTERÍSTICAS	12
2.	OBJETIVO	12
3.	DEFINIÇÕES	12
4.	COBERTURAS	18
5.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	20
6.	ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO	21
7.	ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO	22
8.	CUSTEIO DO SEGURO	24
9.	COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	24
10.	CANCELAMENTO DA APÓLICE	26
11.	CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	27
12.	CAPITAL SEGURADO	28
13.	ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO	28
14.	TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO	29
15.	BENEFICIÁRIO(S).....	29
16.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	30
17.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	30
18.	PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA.....	31
19.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	32
20.	CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS.....	33
21.	ALTERAÇÕES DA APÓLICE.....	36
22.	OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	36
23.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	37
24.	TRIBUTO.....	37
25.	PRESCRIÇÃO.....	38
26.	FORO.....	38
27.	DISPOSIÇÕES FINAIS.....	38
28.	LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS.....	38
1.	OBJETIVO.....	40
2.	DEFINIÇÃO.....	40
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	40
4.	CAPITAL SEGURADO.....	41
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	41
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	42
7.	PRÊMIO.....	42
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	42
9.	CARÊNCIA.....	42
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	42
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	44
	COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA).....	45
1.	OBJETIVO.....	45
2.	DEFINIÇÃO.....	45
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	45
4.	CAPITAL SEGURADO.....	46
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	46
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	47
7.	PRÊMIO.....	47
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	47
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	47
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	49
	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA).....	50
1.	OBJETIVO.....	50
2.	DEFINIÇÕES.....	50
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	51
4.	CAPITAL SEGURADO.....	52
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	53

6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	53
7.	TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	54
8.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	59
9.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	61
10.	PRÊMIO	61
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	61
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	61
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	62
	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	63
1.	OBJETIVO.....	63
2.	DEFINIÇÕES.....	63
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	63
4.	CAPITAL SEGURADO	65
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	65
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	65
7.	TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	65
8.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	66
9.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	67
10.	PRÊMIO	67
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	67
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	67
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	68
	COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL (IPD-F).....	69
1.	OBJETIVO.....	69
2.	DEFINIÇÕES.....	69
3.	RISCOS COBERTOS.....	72
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	74
5.	CAPITAL SEGURADO	75
6.	COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ.....	76
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	76
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	76
9.	PRÊMIO	77
10.	CARÊNCIA.....	77
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	77
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	77
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	78
	ANEXO À COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL.....	79
	COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD)	82
1.	OBJETIVO.....	82
2.	DEFINIÇÕES.....	82
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	82
4.	CAPITAL SEGURADO	85
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	85
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	86
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	86
8.	PRÊMIO	86
9.	CARÊNCIA.....	86
10.	FRANQUIA.....	86
11.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	87
12.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	87
13.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	87
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	88
	COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)	89
1.	OBJETIVO.....	89
2.	DEFINIÇÕES.....	89

3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	89
4.	CAPITAL SEGURADO	92
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	92
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	92
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	92
8.	PRÊMIO.....	93
9.	FRANQUIA.....	93
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	93
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	93
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	94
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)		95
1.	OBJETIVO.....	95
2.	DEFINIÇÕES.....	95
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	95
4.	CAPITAL SEGURADO	97
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	97
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	97
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	97
8.	PRÊMIO	97
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	98
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	98
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	99
COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS (VR).....		100
1.	OBJETIVO.....	100
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	100
3.	CAPITAL SEGURADO	102
4.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	102
5.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	102
6.	PRÊMIO.....	102
7.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	102
8.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	103
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	104
COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR ACIDENTE (VRA)		105
1.	OBJETIVO.....	105
2.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	105
3.	CAPITAL SEGURADO	106
4.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	107
5.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	108
6.	PRÊMIO	108
7.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	108
8.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	108
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	109
COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF)		110
1.	OBJETIVO.....	110
2.	DEFINIÇÃO	110
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	110
4.	CAPITAL SEGURADO	111
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	111
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	112
7.	PRÊMIO	112
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	112
9.	CARÊNCIA.....	112
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	112
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	113
COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD).....		114
1.	OBJETIVO.....	114
2.	DEFINIÇÕES.....	114

3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	115
4.	CAPITAL SEGURADO	117
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	117
6.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	117
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	118
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	118
9.	PRÊMIO	118
10.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	118
11.	CARÊNCIA.....	118
12.	FRANQUIA.....	118
13.	PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	119
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	120
	COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD-UTI).....	121
1.	OBJETIVO.....	121
2.	DEFINIÇÕES.....	121
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	122
4.	CAPITAL SEGURADO	124
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	125
6.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	125
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	125
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	125
9.	PRÊMIO	126
10.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	126
11.	CARÊNCIA.....	126
12.	FRANQUIA.....	126
13.	PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	126
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS	127
	COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA).....	128
1.	OBJETIVO.....	128
2.	DEFINIÇÕES.....	128
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	130
4.	CAPITAL SEGURADO	132
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	132
6.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	132
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	132
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	133
9.	PRÊMIO	133
10.	FRANQUIA.....	134
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	134
12.	PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	134
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	135
	COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE (DIHA-UTI).....	136
1.	OBJETIVO.....	136
2.	DEFINIÇÕES.....	136
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	138
4.	CAPITAL SEGURADO	140
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	141
6.	LIMITE DE DIÁRIAS.....	141
7.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	141
8.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	141
9.	PRÊMIO	142
10.	FRANQUIA.....	142
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	142
12.	PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	142
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	143
	COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS (DD).....	145
1.	OBJETIVO.....	145

2.	DEFINIÇÃO	145
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	145
4.	CAPITAL SEGURADO	146
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	147
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	147
7.	PRÊMIO	147
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	147
9.	CARÊNCIA.....	147
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	148
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	149
	COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (DDA)	150
1.	OBJETIVO.....	150
2.	DEFINIÇÃO	150
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	150
4.	CAPITAL SEGURADO	151
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	152
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	152
7.	PRÊMIO	152
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	152
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	152
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	153
	COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF).....	154
1.	OBJETIVO.....	154
2.	DEFINIÇÃO	154
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	154
4.	CAPITAL SEGURADO	156
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	156
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	156
7.	PRÊMIO	156
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	156
9.	CARÊNCIA.....	156
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	157
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	158
	COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA).....	159
1.	OBJETIVO.....	159
2.	DEFINIÇÃO	159
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	159
4.	CAPITAL SEGURADO	160
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	161
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	162
7.	PRÊMIO	162
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	162
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	162
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS	163
	COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF).....	164
1.	OBJETIVO.....	164
2.	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	165
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	165
4.	CAPITAL SEGURADO	167
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	167
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	167
7.	PRÊMIO	168
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	168
9.	CARÊNCIA.....	168
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	168
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	169
	COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR (AFF)	171

1.	OBJETIVO.....	171
2.	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	172
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	172
4.	CAPITAL SEGURADO.....	174
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	174
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	174
7.	PRÊMIO.....	175
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	175
9.	CARÊNCIA.....	175
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	175
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	177
	COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE (AFA).....	178
1.	OBJETIVO.....	178
2.	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	179
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	179
4.	CAPITAL SEGURADO.....	181
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	181
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	181
7.	PRÊMIO.....	181
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	181
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	181
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	183
	COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR POR ACIDENTE (AFFA).....	184
1.	OBJETIVO.....	184
2.	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	185
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	186
4.	CAPITAL SEGURADO.....	187
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	187
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	187
7.	PRÊMIO.....	188
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	188
9.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	188
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	190
	COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR MORTE (CBM).....	191
1.	OBJETIVO.....	191
2.	DEFINIÇÃO.....	191
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	191
4.	CAPITAL SEGURADO.....	193
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	193
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	194
7.	PRÊMIO.....	194
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	194
9.	CARÊNCIA.....	194
10.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS.....	194
11.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO.....	195
12.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE.....	195
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	196
	COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (CBI).....	197
1.	OBJETIVO.....	197
2.	DEFINIÇÃO.....	197
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	197
4.	CAPITAL SEGURADO.....	198
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	199
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	199
7.	PRÊMIO.....	199
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	199

9.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	199
10.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO	200
11.	DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE	200
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	201
	COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)	202
1.	OBJETIVO	202
2.	ELEGIBILIDADE	202
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	202
4.	CAPITAL SEGURADO	203
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	204
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	204
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	204
8.	CARÊNCIA	204
9.	FRANQUIA	204
10.	PRÊMIO	204
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	205
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	205
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	205
	COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)	206
1.	OBJETIVO	206
2.	ELEGIBILIDADE	206
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	206
4.	CAPITAL SEGURADO	209
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	209
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	209
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	209
8.	PRÊMIO	209
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	210
10.	CARÊNCIA	210
11.	FRANQUIA	210
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	210
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	211
	COBERTURA DE AUXÍLIO COMPLEMENTAR POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (ACIT)	212
1.	OBJETIVO	212
2.	ELEGIBILIDADE	212
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	212
4.	CAPITAL SEGURADO	215
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	215
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	215
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	216
8.	PRÊMIO	216
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	216
10.	CARÊNCIA	216
11.	FRANQUIA	216
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	216
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	217
	COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL (DT)	218
1.	OBJETIVO	218
2.	DEFINIÇÃO	218
3.	PACIENTE EM ESTÁGIO TERMINAL	218
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	218
5.	CAPITAL SEGURADO	219
6.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	219
7.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA	220
8.	PRÊMIO	220
9.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	220

10.	CARÊNCIA.....	220
11.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	220
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	221
	COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG).....	222
1.	OBJETIVO.....	222
2.	FRANQUIA.....	223
3.	CARÊNCIA.....	223
4.	DESCRIÇÃO E DEFINIÇÃO DAS DOENÇAS GRAVES COBERTAS.....	224
5.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	232
6.	CAPITAL SEGURADO.....	235
7.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	236
8.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	236
9.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	236
10.	PRÊMIO.....	237
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	237
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	237
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	242
	COBERTURA DE AUXÍLIO BABÁ/ENFERMEIRA E/OU EMPREGADA (AUX-B/E/E).....	243
1.	OBJETIVO.....	243
2.	DEFINIÇÃO.....	243
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	243
4.	CAPITAL SEGURADO.....	244
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	244
6.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	244
7.	PRÊMIO.....	245
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	245
9.	CARÊNCIA.....	245
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	245
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	246
	COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC).....	247
1.	OBJETIVO.....	247
2.	DEFINIÇÃO.....	247
3.	COBERTURAS.....	247
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	248
5.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.....	248
6.	FORMA DE PARTICIPAÇÃO.....	248
7.	CAPITAL SEGURADO.....	248
8.	BENEFICIÁRIO(S).....	249
9.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	249
10.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	249
11.	PRÊMIO.....	250
12.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	250
13.	CARÊNCIA.....	250
14.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	250
15.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	250
	COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF).....	251
1.	OBJETIVO.....	251
2.	DEFINIÇÃO.....	251
3.	COBERTURAS.....	251
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	252
5.	FORMA DE PARTICIPAÇÃO.....	252
6.	CAPITAL SEGURADO.....	252
7.	BENEFICIÁRIO DO SEGURO.....	253
8.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	253
9.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR.....	253
10.	PRÊMIO.....	253
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	254

12.	CARÊNCIA.....	254
13.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	254
14.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	254
	COBERTURA DE AUXÍLIO ADAPTAÇÃO DE CARRO OU IMÓVEL POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE.....	255
1.	OBJETIVO.....	255
2.	DEFINIÇÕES.....	255
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	256
4.	CAPITAL SEGURADO.....	257
5.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	258
6.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	258
7.	TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE.....	259
8.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	264
9.	CESSAÇÃO DESTA COBERTURA.....	266
10.	PRÊMIO.....	266
11.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	266
12.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	266
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	267
	COBERTURA DE FILHOS PÓSTUMOS (FP).....	268
1.	OBJETIVO.....	268
2.	DEFINIÇÕES.....	268
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	268
4.	CAPITAL SEGURADO.....	269
5.	INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA.....	269
6.	CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA CLÁUSULA.....	269
7.	PRÊMIO.....	269
8.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	269
9.	CARÊNCIA.....	269
10.	PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	271
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	271
	COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA - PROFISSIONAL (IPD-P).....	273
1.	COBERTURA.....	273
2.	CONCEITO INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR DOENÇA PROFISSIONAL.....	273
3.	GARANTIA.....	274
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	275
5.	CAPITAL SEGURADO.....	276
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA.....	277
7.	CARÊNCIA.....	277
8.	DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO.....	277
9.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	278
10.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	278
	COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL A TRABALHO (MA-T).....	279
1.	OBJETIVO.....	279
2.	CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL.....	279
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	279
4.	CAPITAL SEGURADO.....	280
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	280
6.	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS.....	280
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	282
8.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	282
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	282
	COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE CRIME (MA-VC).....	283
1.	OBJETIVO.....	283
2.	CONCEITO DE CRIME.....	283
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	283
4.	CAPITAL SEGURADO.....	283

5.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	283
6.	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS	283
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	285
8.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	285
9.	DISPOSIÇÕES GERAIS	285
	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE A TRABALHO (IPA-T)	287
1.	OBJETIVO	287
2.	CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL	295
3.	CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE	296
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	297
5.	CAPITAL SEGURADO	298
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	298
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	298
8.	BENEFICIÁRIO DO SEGURO	298
9.	OCORRÊNCIA DE ACIDENTE	298
10.	DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO	299
11.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	300
12.	DISPOSIÇÕES GERAIS	300
	COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME (IPA-VC)	301
1.	OBJETIVO	301
2.	CONCEITO DE CRIME	308
3.	CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE	309
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	310
5.	CAPITAL SEGURADO	310
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	310
7.	CANCELAMENTO DA COBERTURA	311
8.	BENEFICIÁRIO DO SEGURO	311
9.	DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO	311
10.	ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	312
11.	DISPOSIÇÕES GERAIS	312

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - VIDA

1. CARACTERÍSTICAS

- 1.1 A Zurich Minas Brasil Seguros S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro de Pessoas Coletivo - Vida, descrito nestas Condições Gerais, Condições Especiais e Coberturas Suplementares.

2. OBJETIVO

- 2.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.

3. DEFINIÇÕES

- 3.1 Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal, e ainda:

3.1.1 Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

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

3.1.2 Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 3.1.

- 3.2 Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.
- 3.3 Apólice Coletiva: é o instrumento do Contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora, que possibilita adesão ao seguro, dos componentes do Grupo Segurável, que mantenham com o Estipulante um Vínculo anterior ao seguro.
- 3.4 Beneficiário(s): pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 3.5 Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.
- 3.6 Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. A Carência poderá ser total ou parcial,

abrangendo exclusivamente as Coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência. Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o seguro estará sujeito a novo período de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.

- 3.7 Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 3.8 Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.
- 3.9 Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.
- 3.10 Condições Especiais: é o conjunto de disposições que regem especificamente cada uma das Coberturas disponíveis, passando a ser parte integrante do seguro, quando contratada.
- 3.11 Condições Gerais: é o documento que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do seguro.
- 3.12 Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades de determinada contratação de plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).
- 3.13 Coberturas de Risco: coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
- 3.14 Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.
- 3.15 Disposições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação.

- 3.16 Doenças Preexistentes: doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.
- 3.17 Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação dos Segurados, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.
- 3.18 Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cobertura(s) contratadas, ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).
- 3.19 Excedente Técnico: é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado técnico de uma Apólice Coletiva, em determinado período.
- 3.20 Franquia: é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.
- 3.21 Coberturas: é(são) a(s) designação(ões) utilizada(s) para definir as responsabilidades.
- 3.22 Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 3.23 Grupo Segurável: é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém Vínculo com o Estipulante que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.
- 3.24 Indenização: é o valor devido pela Seguradora ao Segurado, ao Segurado Dependente ou ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado individual contratado para cada uma das Coberturas.
- 3.25 Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 3.26 Migração de Apólices: substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

- 3.27 Nota técnica atuarial: documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.
- 3.28 Passageiro: é o Segurado que esteja a bordo de aeronave, desde que não seja na condição de tripulante, exclusivamente em vôos de linhas regulares comerciais devidamente concedidas e aprovadas pelo Departamento de Aviação Civil – DAC ou Autoridade Internacional competente.
- 3.29 Prazo de carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 3.30 Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro .
- 3.31 Prêmio Global: é a soma das contribuições dos Segurados individuais, recolhida pelo Estipulante, e que devem ser repassadas à Seguradora.
- 3.32 Prêmio Individual: é o valor devido pelo Segurado à Seguradora, nos seguros em que inexistente Vínculo prévio ao seguro entre Segurado e Estipulante.
- 3.33 Prestador de Serviços: Para fins deste instrumento, são atividades exercidas por profissionais não registrados, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.
- 3.34 Proponente: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 3.35 Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse 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.
- 3.36 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.

- 3.37 Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e Cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente seguro.
- 3.38 Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 3.39 Segurado Dependente: é o Cônjuge e/ou Filho(s) do Segurado.

3.40 Seguradora: é a Zurich Minas Brasil Seguros S.A., sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) Cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.41 Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

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

4. COBERTURAS

4.1 As Coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas respectivas Condições Especiais.

4.1.1 Além das conjugações passíveis de disponibilização pela Seguradora as Coberturas a seguir não poderão ser contratadas conjuntamente:

- a) Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- b) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD) e Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA);
- c) Verbas Rescisórias (VR) e Verbas Rescisórias por Acidente(VRA);
- d) Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD) e Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA);
- e) Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente ou Doença (DIHAD-UTI) e Diária de Internação Hospitalar em UTI por Acidente (DIHA-UTI);
- f) Despesas Diversas (DD) e Despesas Diversas por Acidente (DDA);
- g) Auxílio Funeral (AUXF) e Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA);
- h) Assistência Funeral (AF), Assistência Funeral Familiar (AFF), Assistência Funeral por Acidente (AFA) e Assistência Funeral Familiar por Acidente (AFFA);
- i) Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F) e Doença Terminal (DT);

- j) Doenças Graves;
- k) Auxílio Babá/Enfermeira e/ou Empregada (Aux-B/E/E)

COBERTURAS PASSÍVEIS DE CONTRATAÇÃO
Morte (M)
Morte Acidental (MA)
Morte Acidental a Trabalho (MA-T)
Morte Acidental Vítima Crime (MA-VC)
Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
Invalidez Permanente por Acidente a Trabalho (IPA-T)
Invalidez Permanente por Acidente Vítima de Crime (IPA-VC)
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)
Invalidez por Doença – Profissional (IPD-P)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente(DMHO)
Verbas Rescisórias (VR)
Verbas Rescisórias por Acidente(VRA)
Doença Congênita de Filhos (DCF)
Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD)
Diária por Internação Hospitalar em UTI por Acidente ou Doença (DIHAD-UTI)
Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)
Diária de Internação Hospitalar em UTI por Acidente (DIHA-UTI)
Despesas Diversas (DD)
Despesas Diversas por Acidente (DDA)
Auxílio Funeral (AUXF)
Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)
Assistência Funeral (AF)
Assistência Funeral Familiar (AFF)
Assistência Funeral por Acidente (AFA)
Assistência Funeral Familiar por Acidente (AFFA)
Cesta Básica por Morte (CBM)
Cesta Básica por Invalidez Permanente Total por Acidente (CBI)
Desemprego Involuntário (DI)
Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)
Auxílio Complementar por Incapacidade Temporária (ACIT)
Doença Terminal (DT)
Doenças Graves (DG)

Auxílio Babá/Enfermeira e/ou Empregada (Aux-B/E/E)
Auxílio Adaptação de Carro ou Imóvel por Invalidez Permanente por Acidente
Filhos Póstumos (FP)

4.1.2 A(s) Cobertura(s) contratada(s) será(ão) expressa(s) contratualmente e no Certificado Individual do Seguro.

- 4.2 Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação das seguintes Coberturas suplementares:
- a) Inclusão de Cônjuges (IC)
 - b) Inclusão de Filhos (IF).

5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

5.1 Vigência e Renovação da Apólice

5.1.1 O início de vigência da Apólice Coletiva será estabelecido na Contrato ou na Proposta de Contratação. No caso de Contrato, a vigência está condicionada ao recebimento, pela Seguradora, da referida Contrato, devidamente assinada pelo Estipulante sem qualquer modificação ao seu conteúdo.

5.1.1.1 O início e término de vigência do seguro será a 24:00 (vinte e quatro) hora das datas indicadas, respectivamente, na Apólice, nos Certificados Individuais do Seguro e nos endossos.

5.1.2 O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente.

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

5.1.3.1 A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

5.1.4 A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus

ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante, exclusivamente.

5.1.4.1 Na hipótese de alteração da Apólice que implique em ônus, dever ou redução dos direitos do Segurado, a renovação deverá ter anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

5.1.4.2 Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o Estipulante/Segurado com 60 (sessenta) dias de antecedência do final de vigência da Apólice.

5.1.5 Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto no caso no item 3.29.

5.2 Vigência dos Certificados Individuais

5.2.1 Obrigatoriamente a seguradora deverá emitir e enviar o certificado individual do seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

5.2.2 O início de vigência do Certificado Individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido contratualmente e constará no Certificado Individual do Seguro.

5.2.3 Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

5.2.4 Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

5.2.5 Os Certificados individuais seguirão a vigência da Apólice, observados os demais termos destas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento da Apólice ou do Seguro Individual.

6. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

6.1 O Contrato ou Proposta de Contratação, assinada obrigatoriamente pelo

representante legal do Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.

- 6.2 No caso das propostas de que trata o item acima, o proponente, seu representante ou corretor de seguros deve assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.
- 6.3 As Condições Gerais completas deste Seguro acompanharão a Contrato ou Proposta de Contratação.
- 6.4 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.
- 6.5 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.
- 6.6 A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que vier a substituí-lo.
 - 6.6.1 Durante o período compreendido entre a data da recepção do Prêmio Global, pago antecipadamente pelo Estipulante, até a data da formalização da recusa da Proposta de Contratação, haverá Cobertura pelo seguro.

7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

- 7.1 As exigências para aceitação dos Proponentes serão estabelecidas contratualmente.
- 7.2 A inclusão individual deverá ser realizada mediante Proposta de Adesão assinada pelo proponente. No caso das propostas de que trata o item, o proponente, seu representante ou corretor de seguros deve assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

- 7.2.1 a aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.
- 7.3 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do Proponente no seguro.
- 7.3.1 A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.
- 7.3.2 É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente quanto à contratação de outros seguros com coberturas concomitantes.
- 7.3.3 Decorrido o prazo estipulado no item 7.3 sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.
- 7.3.4 Caso a Proposta de Adesão não seja aceita pela Seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo Prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que venha a substituí-lo. Para atualização do prêmio será considerado o período desde a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa. Neste período o proponente estará coberto pelo seguro.
- 7.3.5 A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do Prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar, na hipótese de recusa da referida proposta, o disposto no item anterior.
- 7.4 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.
- 7.4.1 A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou,

mediante acordo entre as partes, restringir a Cobertura ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

7.4.2 O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

8. CUSTEIO DO SEGURO

- 8.1 Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:
- a) não contributivo: aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;
 - b) contributivo: aquele em que os Segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

9. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

9.1 É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente, a cobrança do Prêmio Individual e da quitação nas Apólices Coletivas, nos prazos contratuais das respectivas faturas de seguro emitidas pela Seguradora.

9.1.1 Os prêmios poderão ser pagos anualmente, semestralmente, quadrimestralmente, trimestralmente ou mensalmente. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas contratualmente.

9.2 Quando a data limite para pagamento do Prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, a quitação do Prêmio poderá ser efetuada no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

9.3 Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha de pagamento, o Estipulante, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do Vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.

9.3.1 Quando houver previsão de pagamento do prêmio de consignação em folha, as condições contratuais deverão prever que a ausência do repasse à Sociedade Seguradora

dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura do Estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos Segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

- 9.4 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.
- 9.5 É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.
- 9.6 Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, é obrigatório constar do certificado individual e da proposta de adesão, o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

9.7 Em caso de atraso no pagamento do Prêmio, incidirão sobre este os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

9.7.1 Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

9.8 Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do Prêmio, independentemente do pagamento de parcelas subseqüentes, o Estipulante será notificado para que regularize o(s) pagamento(s), no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, sob pena de cancelamento da Apólice.

9.8.1 No período de mora no pagamento do Prêmio, haverá suspensão das Coberturas, sem prejuízo à cobrança dos Prêmios respectivos. As coberturas serão reabilitadas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado retomar o pagamento do prêmio.

9.8.2 Após 60 (sessenta) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela de Prêmio, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

9.9 Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os Prêmios custeados pelos Segurados, estes não podem ser prejudicados no direito à(s) Cobertura(s) contratada(s) do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento da(s) Indenização(ões) eventualmente devida(s), sem prejuízo da ação de cobrança por parte da Seguradora junto ao Estipulante.

10. CANCELAMENTO DA APÓLICE

10.1 A Apólice poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de

- Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quarto) do Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;
- b) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
 - c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 9.8.2 destas Condições Gerais;
 - d) na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, o Certificado Individual será Cancelado.
 - e) na hipótese de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

10.2 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.

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

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1 A cobertura de cada Segurado cessa:

11.1.1 Nas Apólices Coletivas com Vínculo prévio ao Seguro entre Estipulante e Segurado:

- a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 10;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- e) com a extinção do Vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;
- f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.

- 11.1.2 Nas Apólices Coletivas com Vínculo exclusivamente relativo ao contrato de seguro entre Estipulante e Segurado:
- a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 10;
 - b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
 - c) com o falecimento do Segurado;
 - d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
 - e) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;
 - f) quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual, observado o disposto no item 9.8.2 destas Condições Gerais.
- 11.1.3 Para o Segurado Dependente, quando incluído no seguro:
- a) em qualquer das hipóteses previstas nos itens 11.1.1 e 11.1.2 acima;
 - b) em caso de cessação da condição de Segurado Dependente, conforme estabelecem as respectivas Coberturas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e/ou Filho(s), seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança do Prêmio.

12. CAPITAL SEGURADO

- 12.1 O Capital Segurado de cada Cobertura contratada deverá ser estabelecido contratualmente e constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

- 13.1 Os Prêmios deste Seguro, serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice pela aplicação de variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) e será aplicado somente para as novas vendas. Será considerada a variação do índice nos 12 meses que antecedem aos três últimos meses de vigência da apólice.
- 13.1.1 Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de Índice de Preços ao Consumidor Amplo, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística - IBGE (IPCA), ou o índice que vier a substituí-lo, caso não esteja previsto nas condições gerais ou contratuais.

13.2 Alternativamente ao critério de atualização mencionado no item 13.1 acima, poderá se estabelecer ainda, o recálculo anual no aniversário da apólice, para adequação dos valores do Capital Segurado, assim como os respectivos prêmios, aos novos valores de salários ou provento do Segurado, ou outros fatores objetivos conforme definido em Contrato e necessariamente expressos na Condições Gerais, na apólice, nos Certificados e nas Propostas.

13.3 Nas Apólices coletivas, o Estipulante, ou nos Certificados individuais, o Segurado, poderão solicitar aumento espontâneo de Capital Segurado, que dependerá da aceitação da Seguradora.

14. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

14.1 O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do Grupo Segurável.

14.2 A Seguradora anualmente, no aniversário da apólice, deverá recalculas as taxas do seguro, caso a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, de forma que o volume de sinistros pagos e avisados seja superior ao prêmio líquido arrecadado no mesmo período.

14.3 As modificações previstas no item 14.2 acima, se implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

15. BENEFICIÁRIO(S)

15.1 Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais.

15.1.1 Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado e recebida pela Seguradora antes do pagamento da Indenização. Caso a Seguradora não seja cientificada oportunamente da indicação e/ou alteração, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado na forma anterior.

- 15.2 A alteração só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a Cobertura de alguma obrigação. Não será aceita designação ou substituição de Beneficiário(s) por meio de procuração.
- 15.3 Não havendo indicação de Beneficiário(s), a Indenização será paga de acordo com o que estabelece a lei.

16. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 16.1 Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m).
- 16.2 O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

17. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 17.1 Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.
- 17.2 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 17.3 O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados nas respectivas Coberturas, observados os itens 17.6 e 17.6.1 destas Condições Gerais:
- 17.3.1 A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.
- 17.4 Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

- 17.5 Independentemente dos documentos listados nas Coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.
- 17.6 A documentação listada nas respectivas Coberturas 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 elucidação.
- 17.6.1 Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 17.3. acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 17.7 Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora. O pagamento dos 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.
- 17.7.1 Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora.
- 17.8 A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.
- 17.9 Qualquer indenização decorrente deste seguro somente será paga em reais no Brasil.

18. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

- 18.1 A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

18.2 No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Disposições Contratuais, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

18.2.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, 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 Seguradora.

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

19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1 A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.

19.2 Sem prejuízo do previsto nos itens 7.4, 7.4.1 e 7.4.2., se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

19.2.1 Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a Cobertura contratada.

19.2.2 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:

- 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(s) Beneficiário(s) ou restringindo a Cobertura contratada para riscos futuros.

19.2.3 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da Indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

19.3 O Segurado perderá o direito à Indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à Cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.

19.4 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

20. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

20.1. Esta Cláusula poderá ser contratada opcionalmente e deverá estar prevista em Contrato.

20.2. Para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item “DEFINIÇÕES” das Condições Gerais deste seguro.

20.3. Apuração do Resultado

20.3.1. A periodicidade da apuração será definida em contrato, podendo ser anual, semestral ou plurianual.

20.2.2. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como RECEITAS:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de apuração da Apólice, efetivamente pagos, líquidos de Imposto Sobre Operações Financeiras - IOF;

- b) estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) saldo da provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados - IBNR do período anterior;
- d) recuperação de Sinistros do ressegurador.

20.2.3. Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como DESPESAS:

- a) comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
- b) comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
- c) comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d) Prêmios de resseguro;
- e) valor total dos Sinistros avisados e despesas de Sinistro, compreendendo, mas não se limitando a, despesas de regulação, investigação, assistências em geral, perícias etc., ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se, de uma só vez, os Sinistros com pagamento parcelado;
- f) alterações dos valores de Sinistros já considerados em apurações anteriores;
- g) saldo da provisão de IBNR do período;
- h) saldo negativo de períodos anteriores, ainda não compensados;
- i) despesas efetivas de administração da Seguradora, acordadas com o Estipulante incluindo impostos e/ou quaisquer outras contribuições recolhidas sobre os Prêmios efetivamente pagos durante o período.

20.2.4. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

20.2.5. A provisão de IBNR será calculada através da aplicação de um percentual, estabelecido contratualmente, sobre os Prêmios definidos no item 20.2.2 (a) menos os Prêmios definidos no item 20.2.3 (d) referentes ao período de apuração.

20.2.6. Como saldo da provisão de IBNR do período anterior entende-se o valor debitado a este título, no período anterior ao da atual apuração.

20.2.7. Todos os encargos incidentes sobre Prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de cálculo do Excedente Técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre Sinistros pagos em atraso que não tenha sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

20.3 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

20.3.1. O resultado técnico será apurado em Reais (R\$), levando-se em conta a atualização monetária dos valores pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

20.3.2. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente até a data da distribuição do Excedente Técnico, desde o mês:

- a) do pagamento dos Prêmios e comissões (corretagem, agenciamento e pró-labore);
- b) do aviso dos Sinistros à Seguradora;
- c) da última apuração, para os saldos negativos de períodos anteriores e saldo de IBNR de período anterior;
- d) de competência para as despesas de administração da Seguradora.

20.4 CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

20.4.1. A distribuição do Excedente Técnico será realizada após o término do período de apuração, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da quitação da última fatura, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

20.4.2. Em caso de não renovação da Apólice, a distribuição do Excedente Técnico será recalculada após 12 (doze) meses contados do prazo máximo estabelecido no item 20.1.1. acima e, somente a partir de então, o pagamento se devido, será realizado.

20.4.3. Somente será distribuído o Excedente Técnico quando, durante o período de apuração, a Apólice tiver média mensal mínima de 500 (quinhentos) Segurados, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

20.4.4. Não será distribuído Excedente Técnico em caso de

cancelamento da Apólice.

20.5 DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

20.5.1. Será distribuído ao Estipulante um percentual do saldo positivo obtido, livremente convencionado entre as partes e estabelecido contratualmente.

20.5.2. Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o Prêmio Individual. Caberá ao Estipulante definir a forma com que distribuirá o Excedente Técnico aos componentes do Grupo Segurado, em conformidade com os Contratos/acordos que possua com os Segurados.

21. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

21.1 O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

21.1.1 Qualquer modificação na Apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

22. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E DO CONSIGNANTE

22.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais, são, ainda, obrigações do Estipulante e do Consignante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais (de acordo com as normas vigentes de Manutenção do Cadastro Pessoas Físicas e Pessoas Jurídicas bem como de aceitação do risco);
- 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 no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

- e) repassar o Prêmio à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer Sinistro, ou expectativa de Sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- m) O Estipulante e o Segurado devem informar à Seguradora qualquer mudança de endereço ou na condição do risco segurado;
- n) Nos seguros com previsão de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízos aos Segurados ou respectivos Beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 23.1 A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante e/ou seu representante legal, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas deste seguro.

24. TRIBUTO

- 24.1 Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventual(is) alteração(ões) será(ão) automaticamente aplicada(s) ao Prêmio.

25. PRESCRIÇÃO

25.1 Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

26. FORO

26.1 Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente seguro.

27. DISPOSIÇÕES FINAIS

27.1 A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

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

27.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Sociedade Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

27.4 Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

27.5 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.

28. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

28.1 O CLIENTE reconhece que os dados pessoais e/ou de saúde do CLIENTE foram usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, conforme autorização dada pelo CLIENTE na proposta de contratação, e esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como para o fim único da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do contrato se seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, corretora, estipulante, etc). Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

- 28.2 O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela SEGURADORA, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, etc.
- 28.3 O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do e-mail: protecaodedados@br.zurich.com
- 28.4 A SEGURADORA garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integralidade a política de proteção de dados da SEGURADORA, por favor acesse <https://www.zurich.com.br>

COBERTURA DE MORTE (M)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura, prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- k) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- l) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- m) doenças ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”,

devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;

- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

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

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

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos

- sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - l) Acidente Vascular Cerebral;
 - m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
 - n) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
 - o) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
 - p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para

todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do

empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

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

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esta Cobertura quando contratada conjuntamente com a Cobertura de Morte, em caso de morte decorrente de acidente pessoal coberto, as Coberturas da Cobertura de Morte e Cobertura de Morte Acidental se acumulam.

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

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2 Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 7 desta Clausula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.3 A Indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente parcial ou total por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.

2.4 Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

2.5 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro

ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

2.6A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

2.7 Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- q) Acidente ou lesões decorrentes de acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- r) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- s) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito

de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto de invalidez permanente parcial, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1 As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das Coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte, se contratada esta cobertura.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombosacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
----------------------	---------------	-------------------

TE		CAPITAL
PARCIAL MEMBROS SUPERIORE S	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
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20

	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL	
DIVERSAS	MANDÍBULA		
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos		
	Em grau mínimo	05	
	Em grau médio	10	
	Em grau máximo	20	
	NARIZ		
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25	25
	Perda total do olfato	07	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10	10

APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO		
Diplopia	15	15
Lesões das vias lacrimais		
Unilateral		07
Unilateral com fístulas		15
Bilateral		14
Bilateral com fístulas		25
Lesões da pálpebra		
Ectrópio unilateral		03
Ectrópio bilateral		06
Entrópio unilateral		07
Entrópio bilateral		14
Má oclusão palpebral unilateral		03
Má oclusão palpebral bilateral		06
Ptose palpebral unilateral		05
Ptose palpebral bilateral		10
APARELHO DA FONAÇÃO		
Perda da palavra (mudez incurável)		50
Perda de substância (palato mole e duro)		15
SISTEMA AUDITIVO		
Amputação total de uma orelha		08
Amputação total das duas orelhas		16

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL	
DIVERSAS	PERDA DO BAÇO	15	
	APARELHO URINÁRIO		
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15	
	Cistostomia (definitiva)	30	
	Incontinência urinária permanente	30	
	Perda de um rim, com rim remanescente com função renal preservada		30
	Redução da função renal (não dialítica)	50	
	Redução da função renal (dialítica)	75	
	Perda de rim único	75	
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR		
	Perda de um testículo	05	
	Perda de dois testículos	15	
	Amputação traumática do pênis	40	
	Perda de um ovário	05	
	Perda de dois ovários	15	
	Perda do útero antes da menopausa	30	
	Perda do útero depois da menopausa	10	
	PESCOÇO		
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15	
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
	Traqueostomia definitiva	40	
	TÓRAX		
	APARELHO RESPIRATÓRIO		
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10	
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)		
	com função respiratória preservada	15	
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25	

	com redução em grau médio da função respiratória	50
	com insuficiência respiratória	75

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colestomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05	

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

8.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

9.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

9.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
- c) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

10. PRÊMIO

10.1O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1Para o análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2 Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item 7 desta Clausula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.3 Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura.

2.4 A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

2.4.1 Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

- n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 Não há reintegração do Capital Segurado, após ocorrência de um Evento Coberto.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1 As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das Coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte, se contratada esta cobertura.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros	100

	inferiores	
	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

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

8.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

9.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

9.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
- c) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

10. PRÊMIO

10.1O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;

- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL (IPD-F)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Funcional Total e Permanente, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta Cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, exceto para as Coberturas exclusivamente relacionadas a acidente, que poderão ser mantidas, desde que previsto contratualmente.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 Agravo Mórbido: piora de uma doença.
- 2.2 Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 2.3 Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4 Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.5 Auxílio: a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6 Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7 Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

- 2.8 Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.9 Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10 Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11 Dados Antropométricos: no caso da Cobertura de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.
- 2.12 Deambular: ato de andar livremente.
- 2.13 Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.14 Deficiência Visual: perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.
- 2.15 Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.16 Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.17 Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.18 Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19 Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.20 Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular

desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

- 2.21 Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 2.22 Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.23 Etiologia: causa de cada doença.
- 2.24 Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.25 Hígidez: estado saudável.
- 2.26 Médico Assistente: médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.27 Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.28 Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.29 Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.30 Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.31 Relações 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.
- 2.32 Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

- 2.33 Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.34 Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.35 Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Considera-se como Risco Coberto, a perda da existência independente do Segurado, assim entendida como a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das Relações Autônomicas do Segurado.

3.1.1 A caracterização de quadro clínico incapacitante será feita segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotado pela classe médica especializada de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes única e exclusivamente de:

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, 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);
- e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de

- orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) deficiência visual:
- cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) estados mórbidos, a seguir relacionados:
- perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2 Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (anexo), e que o Segurado atinja a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.2.1 O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

3.2.1.1 O 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.

3.2.1.2 Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

3.2.2 O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, considerando, também como Riscos Excluídos, 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 eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a

- exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
 - i) quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
 - j) doenças agravadas por traumatismos;
 - k) invalidez que limite total ou parcialmente a capacidade laborativa do Segurado;
 - l) 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;
 - m) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa ou a concausa (determinante) seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional e/ou aquelas relacionadas no Quadro de Doenças Ocupacionais / lei Previdenciária nº 8.213/91 que normatiza o direito por doença do trabalho ou doença profissional.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2 Reconhecida a Invalidez por Doença do tipo Funcional pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de parcela única.

5.3 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, 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 (sessenta) pontos, devidamente justificada e aceita, ou a

data de constatação de um dos quadros previstos no item 3.1.1., desta Cobertura. A data da invalidez por doença – funcional será determinada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

6.1 As despesas efetuadas para a caracterização da Invalidez por Doença 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 a Indenização.

6.2A concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, ainda que por instituições oficiais de previdência social, ou por órgãos do poder público ou mesmo por outras instituições público-privadas, não caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente por doença funcional.

6.3A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

7.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

8.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) com a indenização por invalidez permanente, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos

- após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
- c) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. CARÊNCIA

10.1O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado;
- cópia da Ficha de Registro de empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento

imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

ANEXO À COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: o Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido	20

	(controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	
--	--	--

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: o Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2° GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3° GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências	02

iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Incapacidade causada por doença ou Acidente Pessoal cobertos, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Incapacidade: é a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
- 2.3. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades laborativas por motivo de doença ou Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta,

- sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados, excetua esterilização masculina e feminina;
 - i) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetua gastroplastia em casos de síndrome metabólica;
 - j) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
 - k) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
 - l) doenças degenerativas da coluna vertebral;
 - m) infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
 - n) Doenças crônicas: degenerativas de sistema músculo-esquelético, sistema nervoso, diabetes, glaucoma, aterosclerose arterial de qualquer ordem, aneurismas, doenças psiquiátricas e tumores malignos, mesmo em fase aguda;

- o) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- p) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- q) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- r) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- s) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- t) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- u) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;
- v) Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto os que forem restauradores (após acidente pessoal coberto pelo seguro) e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;
- w) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- x) Entesopatia;
- y) Entorses, distensões, contusões;
- z) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- aa) Fraturas patológicas;
- bb) Lesões infra-articulares de joelho;
- cc) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- dd) Luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- ee) Síndromes compressivas nervosas;
- ff) Diálises e hemodiálises;
- gg) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrentes de doenças;
- hh) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências não decorrentes de acidentes;

- ii) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- jj) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- kk) doenças mentais ou psiquiátricas;
- ll) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados;
- mm) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- nn) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;
- oo) Atos contrários a Lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatória por lei, como capacetes e cintos de segurança.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. CARÊNCIA

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

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

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

10. FRANQUIA

10.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado

a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

11. LIMITE DE DIÁRIAS

11.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. No caso de ocorrência simultânea de mais de um Evento Coberto, as diárias do período coincidente aos afastamentos simultâneos não serão pagas duplicadas, não havendo acúmulo ou superposição de Indenizações.

13.2. O número de diárias a serem pagas será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do Segurado de suas atividades laborativas, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e resultados de exames complementares para mesmas doenças ou lesões.

13.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido pelo Segurado;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Incapacidade causada por doença ou Acidente Pessoal cobertos, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2 Incapacidade: é a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
- 2.3 Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades laborativas por motivo de Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem

- como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) cirurgias plásticas estéticas e períodos de convalescença a elas relacionados;
 - i) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;
 - j) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - k) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - l) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - m) Acidente Vascular Cerebral;
 - n) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não,

- exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- o) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetua gastroplastia em casos de síndrome metabólica;
 - p) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - q) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
 - r) Entesopatia;
 - s) Entorses, distensões, contusões;
 - t) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
 - u) Fraturas patológicas;
 - v) Lesões-infra-articulares de joelho;
 - w) Lesões que não exijam atendimento médico;
 - x) Luxação do ombro (acrônico-clavicular ou gleno umeral);
 - y) Síndromes compreensivas nervosas;
 - z) Danos estéticos;
 - aa) Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento do Segurado em decorrência de acidente coberto;
 - bb) Estados de convalescência (após alta médica) e as despesas de acompanhante;
 - cc) Doenças mentais ou psiquiátricas;
 - dd) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
 - ee) Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;
 - ff) Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o segurado mentalmente doente ou são;
 - gg) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde;
 - hh) Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
 - ii) Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - jj) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes de prática de esportes em eventos oficiais e federados com o aparato de atendimento médico de urgência.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1 O Capital Segurado corresponde a cada diária de afastamento devendo o seu valor ser multiplicado pelo período de afastamento, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de Acidente Pessoal coberto.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2 Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PRÊMIO

8.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. FRANQUIA

O período de Franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente. LIMITE DE DIÁRIAS

10. LIMITE DE DIÁRIAS

10.1O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1No caso de ocorrência simultânea de mais de um Evento Coberto, as diárias do período coincidente aos afastamentos simultâneos não serão pagas duplicadas, não havendo acúmulo ou superposição de Indenizações.

12.2 O número de diárias a serem pagas será determinado pela Seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do Segurado de suas atividades laborativas, fundamentado no tempo médio de dias, observado pela prática médica, análise da documentação médica e resultados de exames complementares para mesmas doenças ou lesões.

12.3 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o reembolso, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, incorridas a critério e sob orientação médica, necessárias ao restabelecimento do Segurado, realizadas em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas quando o Acidente Pessoal ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado e desde que o tratamento seja iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.
- 1.3 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras

- perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - l) Acidente Vascular Cerebral;
 - m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
 - n) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - o) estados de convalescença (após alta médica hospitalar e/ou odontológica) e as despesas de acompanhantes;
 - p) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses, salvo as próteses pela perda de dente(s) natural(is) decorrente de Acidente Pessoal coberto;

- q) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;
- r) reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc;
- s) Remédios, medicamentos ou tratamentos de qualquer espécie após alta médica hospitalar e/ou odontológica.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PRÊMIO

8.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas em Reais (R\$) com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para esta Cobertura, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

10.2 Possuindo o Segurado mais de um contrato de seguro, nesta ou em outra Seguradora e que garanta o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual, em cada Cobertura, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada Cobertura em todas as apólices em vigor na data da ocorrência do acidente.

10.3 A Seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com os prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos para que o Segurado possa ter acesso ao serviço médico sem a necessidade de desembolso do valor. Porém, a utilização ou não destes prestadores conveniados deve ficar a critério exclusivo do Segurado.

10.4 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e do comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver;
- radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS (VR)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Estipulante o pagamento de uma Indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte ou Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte ou Morte Acidental.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:

- do início de vigência individual do seguro; ou
- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como, mas não se limitando a, empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias, academias, entre outros), associações com grêmios, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos;
- i) Doenças ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

2.1.1 Na hipótese de contratação da Cobertura de Verbas Rescisórias conjuntamente com a Cobertura de Morte Acidental, além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- d) Acidente Vascular Cerebral;
- e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não,

exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

- f) Doenças ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

3.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Morte Acidental.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

4.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

5. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

5.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

5.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

6. PRÊMIO

6.1 O Prêmio referente a esta Cobertura será não contributivo, sendo este previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR ACIDENTE (VRA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Estipulante o pagamento de uma Indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2 A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte Acidental.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, não se limitando a, empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias, academias, entre outros), associações com grêmios, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos;
- o) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- p) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- q) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

3.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do Acidente.

4. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

4.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

5. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

5.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

5.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

6. PRÊMIO

6.1 O Prêmio referente a esta Cobertura será não contributivo, sendo este previsto contratualmente.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se

- realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
 - cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
 - cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
 - cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico de Doença Congênita incapacitante que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor de seu(s) filho(s), exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 Doença Congênita: é a moléstia inata desenvolvida por filho do Segurado, desde que ocasione incapacidade que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) doenças infecto-contagiosas transmitidas de mãe para filho;
- i) Doenças decorrentes de complicações do parto ou aborto;
- j) Se quando da contratação do seguro a doença congênita do filho já for de conhecimento do segurado e este não informar a seguradora.

3.2 Não estão amparados de cobertura para esta Cobertura os natimortos (fetos que morreram dentro do útero ou durante o parto).

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para determinação do Capital Segurado, a data de constatação do comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor do filho, devendo ser caracterizada durante a vigência da apólice e comprovada por documentação médica pertinente e reconhecida pela Seguradora.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópia da Certidão de Nascimento do filho do Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;

- relatório médico e resultados de exames complementares que comprovem o comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor do filho do Segurado;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação do segurado, em caso de sua hospitalização causada por doença ou Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2 Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:
 - a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
 - b) instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
 - c) clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;
 - d) clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;
 - e) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
 - f) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
 - g) clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “SPAs”;
 - h) “Home care” (internação domiciliar).
- 2.3 Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-

hospitalar que não possa ser realizado em residência.

- 2.4 Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de doença ou Acidente Pessoal coberto, a contar do término do período de Franquia.
- 2.5 Período de Hospitalização Indenizável: é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao número de pernoites que o Segurado permanecer hospitalizado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, excetua esterilização masculina e feminina;
- i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- j) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- k) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- l) cirurgias plásticas estéticas;
- m) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- n) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
- o) vírus HIV, SIDA (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida) e suas complicações;
- p) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
- q) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”;
- r) internações domiciliares (home-care);
- s) internação em clinicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;
- t) internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substancia que cause dependência psicotrópica;
- u) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- v) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;

- w) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- x) atos contrários a lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
- y) eventos não decorrentes de risco coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1 O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.3 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2 Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

5.3 O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1 O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o

máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

7.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

11. CARÊNCIA

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

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

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

12. FRANQUIA

12.1 O período de Franquia será estabelecido contratualmente, podendo ser de no mínimo 2 (duas) diárias e no máximo 15 (quinze) diárias a contar do horário inicial de internação hospitalar.

13. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

13.1 A indenização a ser paga será correspondente ao valor da diária contratada multiplicado pela quantidade de dias de internação, respeitadas as demais disposições contratuais.

13.2 Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.

13.3 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIHAD-UTI)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação hospitalar do Segurado em uma Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, causada por doença ou Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.
- 1.3. As indenizações por evento coberto por esta Cobertura e pela Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIHAD) se acumulam, se contratadas ambas Coberturas.
- 1.4. Para efeito desta Cobertura, a internação hospitalar em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), tem início com a comprovação médica da hospitalização do Segurado em UTI por um período mínimo de 12 (doze) horas consecutivas, e termina com a saída do paciente da UTI, mesmo que para o prosseguimento do tratamento internado, observados os limites estabelecidos nas condições contratuais.
- 1.5. A indenização será paga somente após alta médica, para apuração das diárias de internação em UTI.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:
 - a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
 - b) instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou

- doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
- c) clínicas de repouso, asilos e assemelhados e/ou locais de acomodação para idosos;
- d) clínicas e/ou locais de tratamento para recuperação de viciados em álcool, drogas e/ou entorpecentes;
- e) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- f) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- g) clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou “SPAs”;
- h) “Home care” (internação domiciliar).

2.3. Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.

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

2.5. Limite Máximo de Diárias em UTI Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado em UTI por motivo de doença ou Acidente Pessoal coberto, a contar do término do período de Franquia.

2.6. Período de Hospitalização em UTI Indenizável: é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao período em que o Segurado permanecer hospitalizado em UTI.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) diárias de internação fora da UTI e/ou referente a tratamentos que não exijam a internação em UTI;
- b) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem

- como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- c) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - d) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - e) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - f) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - h) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - i) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, excetua esterilização masculina e feminina;
 - j) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
 - k) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
 - l) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
 - m) cirurgias plásticas estéticas;
 - n) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
 - o) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;

- p) vírus HIV, SIDA (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida) e suas complicações;
- q) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
- r) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”;
- s) internações domiciliares (home-care);
- t) internação em clinicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;
- u) internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substancia que cause dependência psicotrópica;
- v) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- w) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- x) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- y) atos contrários a lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
- z) eventos não decorrentes de risco coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização em UTI Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a saída do paciente da UTI, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido

contratualmente.

- 4.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, o primeiro dia da Hospitalização em UTI.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.
- 5.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.
- 5.3. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

- 6.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 7.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
 - 8.1.1. Para o Segurado:
 - a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
 - b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

11. CARÊNCIA

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

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

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

12. FRANQUIA

12.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, podendo ser de no máximo 15 (quinze) diárias a contar do horário inicial de internação hospitalar em UTI.

13. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

13.1. A indenização a ser paga será correspondente ao valor da diária contratada multiplicado pela quantidade de dias de internação em UTI, respeitadas as demais disposições contratuais.

13.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.

13.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação do segurado, em caso de sua hospitalização causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “DEFINIÇÕES” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2 Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:
 - a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
 - b) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
 - c) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
 - d) “Home care” (internação domiciliar).
- 2.3 Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.
- 2.4 Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de Acidente Pessoal, a contar do término do período de Franquia.
- 2.5 Período de Hospitalização Indenizável: é a quantidade de diárias

indenizáveis correspondente ao número de pernoites que o Segurado permanecer hospitalizado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1** Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação

- do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
 - m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
 - n) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
 - o) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
 - p) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
 - q) cirurgias plásticas estéticas;
 - r) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up;
 - s) Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
 - t) Internações domiciliares (home-care);
 - u) Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilos e casas de repouso;
 - v) Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica;
 - w) Danos estéticos;
 - x) Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento físico do Segurado em decorrência de acidente coberto;
 - y) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
 - z) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - aa) Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
 - bb) Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;
 - cc) Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
 - dd) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos

- medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- ee) Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
 - ff) Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1 O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis

4.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a alta, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.3 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após cada Indenização por Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2 Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1 O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

7.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da

vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. FRANQUIA

10.1 O período de Franquia será estabelecido contratualmente, podendo ser de no mínimo 2 (duas) diárias e no máximo 15 (quinze) diárias a contar do horário inicial de internação hospitalar.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

12.1 A indenização a ser paga será correspondente ao valor da diária contratada multiplicado pela quantidade de dias de internação, respeitadas as demais disposições contratuais.

12.2 Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.

12.3 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados.

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;
- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI POR ACIDENTE (DIHA-UTI)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação hospitalar do Segurado em uma Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.1. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.
- 1.2. As indenizações por evento coberto por esta Cobertura e pela Cobertura de Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) se acumulam, se contratadas ambas Coberturas.
- 1.3. Para efeito desta Cobertura, a internação hospitalar em UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), tem início com a comprovação médica da hospitalização do Segurado em UTI por um período mínimo de 12 (doze) horas consecutivas, e termina com a saída do paciente da UTI, mesmo que para o prosseguimento do tratamento internado, observados os limites estabelecidos nas condições contratuais.
- 1.4. A indenização será paga somente após alta médica, para apuração das diárias de internação em UTI.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:
 - a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
 - b) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos

- naturais;
- c) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- d) “Home care” (internação domiciliar).

- 2.3. Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.
- 2.4. UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva): unidade complexa de um hospital dotada de sistema de monitorização contínua, que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.
- 2.5. Limite Máximo de Diárias em UTI Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado em UTI por motivo de doença ou Acidente Pessoal coberto, a contar do término do período de Franquia.
- 2.6. Período de Hospitalização em UTI Indenizável: é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao período em que o Segurado permanecer hospitalizado em UTI.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) diárias de internação fora da UTI e/ou referente a tratamentos que não exijam a internação em UTI;
 - b) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - c) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - d) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - e) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:

- do início de vigência individual do segurado; ou
- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- f) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- i) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- j) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- k) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- l) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- m) Acidente Vascular Cerebral;
- n) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
- o) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- p) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- r) cirurgias plásticas estéticas;
- s) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up;
- t) Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais

- gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- u) Internações domiciliares (home-care);
 - v) Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilos e casas de repouso;
 - w) Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica;
 - x) Danos estéticos;
 - y) Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento físico do Segurado em decorrência de acidente coberto;
 - z) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
 - aa) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - bb) Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados;
 - cc) Lesões corporais, bem como suas consequências, decorrentes de acidentes ocorridos antes do início da vigência do risco individual;
 - dd) Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
 - ee) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - ff) Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
 - gg) Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. O Capital Segurado corresponde a cada diária de hospitalização devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de

Hospitalização em UTI Indenizável, observados a Franquia e o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

4.2. As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a contar do término do período de Franquia e se estenderão até a saída do paciente da UTI, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

7.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. FRANQUIA

10.1. O período de Franquia será estabelecido contratualmente, podendo ser de no máximo 15 (quinze) diárias a contar do horário inicial de internação hospitalar em UTI.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

12.1. A indenização a ser paga será correspondente ao valor da diária contratada multiplicado pela quantidade de dias de internação em UTI, respeitadas as demais disposições contratuais.

- 12.2. Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), 50% (cinquenta por cento) ao cônjuge e 50% (cinquenta por cento) aos herdeiros do Segurado.
- 12.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
 - cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
 - cópia do Prontuário Hospitalar completo;
 - declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
 - cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - cópia do resultado de exames complementares realizados;
 - cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
 - cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS (DD)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2 A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte ou Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte ou Morte Acidental.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:

- do início de vigência individual do seguro; ou
- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente.

3.2 Na hipótese, da contratação da Cobertura de Despesas Diversas conjuntamente com a Cobertura de Morte Acidental, Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- c) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- d) Acidente Vascular Cerebral;
- e) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- f) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- g) doenças ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou

Toxicológico, se realizado(s);

- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (DDA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2 A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte Acidental.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a

- exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - l) Acidente Vascular Cerebral;
 - m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
 - n) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
 - o) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
 - p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT

- (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
 - cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
 - cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
 - cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
 - cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte ou Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte ou Morte Acidental.
- 1.3 A Indenização relativa à presente Cláusula não será deduzida do Capital Segurado da Cláusula de Morte Acidental, na hipótese de Evento Coberto.
- 1.4 Para fins desta cláusula não haverá adiantamento do Capital Segurado.
- 1.5 Quando houver adiantamento de Capital Segurado da Cobertura de Morte, este adiantamento não caracterizará o direito à cobertura da Cobertura de Morte, ficando à análise para pagamento da diferença da indenização sujeita as condições contratuais.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim,

revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;
- k) eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência a pessoa em perigo;
- l) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato médico de urgência;
- m) doenças, acidentes ou lesões preexistentes a inclusão do segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

9.2O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

9.3Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO. (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML. (Instituto Médico-Legal),

se realizado;

- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte Acidental.
- 1.3 A Indenização relativa à presente Cláusula não será deduzida do Capital Segurado da Cláusula de Morte Acidental, na hipótese de Evento Coberto.
- 1.4 Para fins desta cláusula não haverá adiantamento do Capital Segurado.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;

- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- o) Acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais

do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se

houver.

- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 Esta Cobertura garante os seguintes itens:
- a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;
 - b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;
 - c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - d) atendimento e organização do funeral;
 - e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
 - f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
 - g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - j) cremação; e
 - k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).
- 1.3 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.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1 Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

2.1.1 Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

2.2 A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou Indenização de quaisquer despesas.

2.3 A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis

- nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - d) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
 - f) Doenças preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação ou proposta de adesão;
 - g) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado.

3.1.1 Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- a) roupas em geral;
- b) anúncio em rádio ou jornal;
- c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d) xerox da documentação;
- e) café, bebidas e refeições em geral;
- f) compra de Jazigo;
- g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h) lápides e/ou gravações;
- i) cruzeiros;
- j) reforma em geral no jazigo;
- k) exumação de corpo em jazigo da família;
- l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;

- m) necromaqueiagem;
- n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;
- o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta Cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral;

3.2 Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

- 6.1.1 Para o Segurado:
 - a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;

- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado contratualmente, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

10.2 O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.

10.3 Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR (AFF)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado ou de seus familiares, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2. Para efeito desta cobertura, por familiares do Segurado principal entende-se: o cônjuge, os filhos e enteados, ambos de até 21 anos, considerados dependentes do Segurado principal, devidamente comprovado na forma da Lei, os pais e os sogros.
- 1.3. Esta Cobertura garante os seguintes itens:
 - a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;
 - b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;
 - c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - d) atendimento e organização do funeral;
 - e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
 - f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
 - g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - j) cremação; e
 - k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado,

sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

- 1.4. 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.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 2.1. Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

2.1.1. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

- 2.2. A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização de quaisquer despesas.

- 2.3. A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
- f) Doenças preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação ou proposta de adesão;
- g) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado.

3.1.1. Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- a) roupas em geral;
- b) anúncio em rádio ou jornal;
- c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d) xerox da documentação;
- e) café, bebidas e refeições em geral;
- f) compra de Jazigo;
- g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h) lápides e/ou gravações;

- i) cruzes;
- j) reforma em geral no jazigo;
- k) exumação de corpo em jazigo da família;
- l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m) necromaqueiagem;
- n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;
- o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta Cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral;

3.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado Principal ou de seu familiar.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a

Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado contratualmente, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

10.2. O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.

10.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou

- Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE (AFA)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso exclusivamente de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 Esta Cobertura garante os seguintes itens:
- a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;
 - b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;
 - c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - d) atendimento e organização do funeral;
 - e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
 - f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
 - g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - j) cremação; e
 - k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).
- 1.3 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.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1 Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

2.1.1 Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

2.2 A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou Indenização de quaisquer despesas.

2.3 A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas

- ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - d) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
 - e) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado.

3.1.1 Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- a) roupas em geral;
- b) anúncio em rádio ou jornal;
- c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d) xerox da documentação;
- e) café, bebidas e refeições em geral;
- f) compra de Jazigo;
- g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h) lápides e/ou gravações;
- i) cruzeiros;
- j) reforma em geral no jazigo;
- k) exumação de corpo em jazigo da família;
- l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m) necromaqueamento;
- n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;
- o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta Cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e

familiares ao cortejo do funeral;

3.2 Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, a data da ocorrência do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 9.1 Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado contratualmente, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.
- 9.2 O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.
- 9.3 Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
 - formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
 - cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
 - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
 - cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
 - cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
 - cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
 - cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
 - cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente

- com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL FAMILIAR POR ACIDENTE (AFFA)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado ou de seus familiares, em caso exclusivamente de Morte Acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2. Para efeito desta cobertura, por familiares do Segurado principal entende-se: o cônjuge, os filhos e enteados, ambos de até 21 anos, considerados dependentes do Segurado principal, devidamente comprovado na forma da Lei, os pais e os sogros.
- 1.3. Esta Cobertura garante os seguintes itens:
 - a) transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha se dado em Município diverso, incluindo a aquisição de urna funerária padrão standard;
 - b) tratamento das formalidades para liberação do corpo;
 - c) registro de óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;
 - d) atendimento e organização do funeral;
 - e) sepultamento, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular;
 - f) carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do Segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;
 - g) coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;
 - h) ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;
 - i) paramentos: castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;
 - j) cremação; e
 - k) locação de jazigo por um período de até 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local (onde

existir este serviço no município de moradia habitual do Segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município).

- 1.4. 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.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 2.1. Os serviços de Assistência Funeral serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços contratada pela Seguradora, por meio de contato por um telefone gratuito, disponível 24 (vinte e quatro) horas.

- 2.1.1. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

- 2.2. A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização de quaisquer despesas.

- 2.3. A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
- e) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado.

3.1.1. Além dos riscos excluídos no item 3.1 anterior, estão excluídos de coberturas as despesas decorrentes de:

- a) roupas em geral;
- b) anúncio em rádio ou jornal;
- c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d) xerox da documentação;
- e) café, bebidas e refeições em geral;
- f) compra de Jazigo;
- g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h) lápides e/ou gravações;
- i) cruzeiros;
- j) reforma em geral no jazigo;

- k) exumação de corpo em jazigo da família;
- l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m) necromaqueiagem;
- n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;
- o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta Cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;
- p) passagem aérea para familiar e/ou beneficiário para liberação ou acompanhamento do funeral;
- q) transporte urbano para deslocamento de acompanhantes e familiares ao cortejo do funeral;

3.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

- d) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- e) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- f) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado contratualmente, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

9.2. O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.

9.3. Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se

realizado;

- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE CESTA BÁSICA POR MORTE (CBM)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado, o pagamento de Indenização, em decorrência de morte do segurado, a título de auxílio-alimentação, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 Esta Cobertura somente será devida se caracteriza a Cobertura de Morte.
- 1.3 O pagamento da indenização ao beneficiário será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:
 - a) por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos;
 - b) pelo crédito em cartão magnético.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da

- contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - i) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - k) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
 - l) Competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
 - m) Doenças, acidente ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.

3.2 Na hipótese, da contratação da Cobertura de Cesta Básica, conjuntamente com a Cobertura de Morte Acidental e/ou da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais,

estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- b) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- e) Acidente Vascular Cerebral;
- f) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- g) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- h) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

3.3 Na hipótese, da contratação da Cobertura de Cesta Básica, conjuntamente com a Cobertura de Morte ou Morte Acidental com a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, estão excluídos os eventos apresentados nos itens 3.1 e 3.2.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

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

10. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

10.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

10.1.1 O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

10.2 A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.

10.2.1 As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

10.2.2 Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

11. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

11.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

11.2 Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

12. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE

12.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo

- prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;

- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (CBI)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado o pagamento de Indenização, em decorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente, a título de auxílio-alimentação, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 Esta Cobertura somente será devida se caracteriza a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 1.3 O pagamento da indenização ao beneficiário será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:
 - a) por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos;
 - b) pelo crédito em cartão magnético;

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data ocorrência do acidente, não

prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da Indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. PRÊMIO

7.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

9.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

9.1.1. O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

9.2. A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ ou excluídos para manter o limite referencial de valor.

9.2.1. As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

9.2.2. Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

10. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

10.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

10.2. Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

11. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE

11.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

Invalidez Permanente Total por Acidente

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas

- Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - radiografia e resultados de exames realizados;
 - cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
 - cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador.

2.1.1. Para recebimento da Indenização, além do requisito do subitem 2.1. acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de 90 (noventa) dias correspondentes à Franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.

2.1.2. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

2.2. Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de desemprego involuntário.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) pedido de demissão pelo empregado;

- b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
- c) acordo entre empregado e empregador;
- d) dispensa do empregado por justa causa;
- e) jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- f) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extra judicial do empregador;
- g) prestação de Serviço Militar;
- h) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contado a partir do primeiro Sinistro avisado e de um mesmo Estipulante;
- i) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
- j) dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
- k) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na carteira Profissional;
- l) Proponentes que tenham cargo público com estabilidade;
- m) Militares que sejam exonerados de suas funções;
- n) Proponentes que sejam vinculados ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado; estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais.
- o) segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1.O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1. O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos no Contrato do Seguro e no Certificado Individual do Seguro.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no

Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no subitem 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. CARÊNCIA

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

9. FRANQUIA

9.1. É de até 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

10. PRÊMIO

10.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Clausula abrange os eventos ocorridos em todo globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS).

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, e desde que seja profissional autônomo e/ou liberal regulamentado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 3.25 das Condições Gerais.

2.2. Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da

- contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - f) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
 - h) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados, excetua esterilização feminina e masculina;
 - i) Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou não e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto os que forem restauradores (após acidente pessoal coberto pelo seguro) e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;
 - j) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
 - k) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
 - l) Doenças degenerativas da coluna vertebral;
 - m) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
 - n) Doenças crônicas : degenrativas de sistema músculo-esquelético; sistema nervoso, diabetes; glaucoma; aterosclerose arterial de qualquer ordem; aneurismas; doenças psiquiátricas e tumores malignos , mesmo em fase aguda;
 - o) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

- p) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- q) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- r) Eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- s) Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.
- t) Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- u) Entesopatia;
- v) Entorses, distensões, contusões;
- w) Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- x) Fraturas patológicas;
- y) Lesões Infra-articulares de joelho;
- z) Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- aa) Luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- bb) Síndromes compressivas nervosas;
- cc) Diálises e hemodiálises;
- dd) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrentes de doenças;
- ee) Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências, desde que, não decorrentes de acidentes pessoais;
- ff) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;
- gg) Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, excetua gastroplastia em casos de síndrome metabólica;
- hh) Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- ii) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- jj) Doenças mentais ou psiquiátricas;
- kk) Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por

profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1.O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1.O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1.Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

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

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

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

11. FRANQUIA

11.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou

- Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.

13.DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE AUXÍLIO COMPLEMENTAR POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (ACIT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização complementar, pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. ELEGIBILIDADE

2.1. Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado com vínculo empregatício e registro em Carteira de Trabalho.

2.1.1. Após um evento de Auxílio Complementar por Incapacidade Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

2.2. Retornando às suas atividades laborativas, o segurado não poderá usufruir novamente do benefício desta Cobertura em prazo inferior ao estipulado na apólice, contados da data de seu retorno do último afastamento.

2.3. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa seja a mesma, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

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

- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- i) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- j) cirurgias plásticas estéticas e períodos de convalescença a elas relacionados;
- k) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- l) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- m) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;

- n) doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- o) infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- p) Doenças crônicas : degenerativas de sistema músculo-esquelético ; sistema nervoso, diabetes ; glaucoma; aterosclerose arterial de qualquer ordem ; aneurismas; doenças psiquiátricas e tumores malignos , mesmo em fase aguda ;
- q) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;

- r) pratica de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da 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;
- s) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- t) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- u) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- v) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- w) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescrito por médico, em decorrência de risco coberto;
- x) tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou não e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto tratamento clínico ou cirúrgicos, quando não decorrentes de risco coberto;
- y) estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- z) doenças mentais ou psiquiátricas;
- aa) internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo conselho federal de medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados;

- bb) automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o segurado mentalmente doente ou são;
- cc) procedimentos não previsto no código brasileiro de ética medica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;
- dd) atos contrários a lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatória por lei, como capacetes e cintos de segurança.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa, devidamente comprovada.
- 4.3. Em períodos inferiores a 30 (trinta) dias, além da franquia estabelecida no item 11. desta Cobertura, a indenização será paga de forma proporcional ao número de dias de afastamento.
- 4.4. O período máximo de recebimento deste auxílio será estabelecido contratualmente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 6.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

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

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

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

11. FRANQUIA

11.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do afastamento temporário do Segurado, que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa, comprovada mediante relatório médico.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Carteira de Trabalho e/ou Contrato de Trabalho do Segurado;
- Comprovante de pagamento do prêmio;
- Cópias autenticadas do Laudo Médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento de Auxílio-Doença.

12.2. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL (DT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico de Doença em Estágio Terminal, a antecipação do Capital Segurado de Morte, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.1.1. O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, exceto para as Coberturas exclusivamente relacionadas a acidente, que poderão ser mantidas, desde que previsto contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Entende-se por Doença em Estágio Terminal, aquela que atingiu estágio no qual não há qualquer alternativa terapêutica médica disponível e não há perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente sem perspectiva de sobrevivência, com expectativa de morte eminente conforme atestado pelo médico assistente do segurado e desde que reconhecido pela Seguradora.

3. PACIENTE EM ESTÁGIO TERMINAL

3.1. Para fins desta Cobertura, considera-se “paciente em estágio terminal” o portador de Doença em Estágio Terminal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder

- militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - d) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - e) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
 - f) eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
 - g) doenças agravadas por traumatismos;
 - h) Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;
 - i) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos;
 - j) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
 - k) Atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da constatação médica do estágio terminal comprovando que o quadro clínico indica estado grave e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos médicos/terapêuticos disponíveis, atestado pelo médico assistente do segurado e reconhecido pela seguradora.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência

da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) quando o Segurado atingir a idade máxima estabelecida contratualmente.
- d) Por ser essa Cobertura uma antecipação da Cobertura de morte, o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura extingue imediata e automaticamente a Cobertura para o caso de Morte, bem como o contrato de seguro. Nesta hipótese, os prêmios pagos após a data do evento serão devolvidos, atualizados monetariamente

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

10. CARÊNCIA

10.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 2 (dois) anos ou metade do prazo de vigência do certificado, o que for menor.

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

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos

documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo próprio Segurado ou seu representante;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício.
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- Declaração Médica expedida pelo médico que atendia regularmente o segurado registrando o diagnóstico, tratamento realizado e o quadro clínico, estabelecendo data a partir da qual a evolução da doença justifica o enquadramento em estado terminal
- Resultados de exames complementares realizados que comprovam o estágio terminal do quadro clínico e de comprometimento irreversível sem possibilidade de recuperação com os recursos terapêuticos disponíveis;

- Caso o segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1.** Não será paga Indenização com base em diagnóstico ou declaração feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.
- 12.2.** Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico de doenças devidamente especificadas e caracterizadas nas Condições Gerais e/ou especiais do plano de seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2. Será estabelecido contratualmente e/ou nas Condições Especiais, se a Indenização relativa à presente Cobertura será ou não antecipada do Capital Segurado da Cobertura de Morte, na hipótese de Evento Coberto, quando a sua contratação for conjugada com a Cobertura de Morte.
- 1.3. Somente terá cobertura para o 1º (primeiro) diagnóstico da(s) Doença(s)

Grave(s) contratada(s), e desde que o diagnóstico ocorra durante a vigência da apólice, respeitados os períodos de franquia e carência.

2. FRANQUIA

2.1. O período de franquia poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias. Durante o período da franquia, o Segurado não terá direito às garantias desta Cobertura na hipótese de ocorrência de seu falecimento em decorrência do mesmo diagnóstico da doença grave verificada, sem prejuízo do cumprimento do prazo de Carência. A contagem do período de até 90 (noventa) dias se iniciará na data do diagnóstico da doença grave.

3. CARÊNCIA

3.1. As coberturas de Doenças Graves estão sujeitas a carências, contadas a partir do início de vigência do risco individual ou do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento;

3.2. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 2 (dois) anos ou metade do prazo de vigência do certificado, o que for menor.

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

3.4. O Segurado não terá direito a nenhuma indenização caso a doença coberta ou a doença motivadora de cirurgia coberta ocorra durante o período de carência.

3.5. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência.

3.6. Se excluído da apólice por qualquer motivo e, sendo novamente aceito no seguro mediante preenchimento de nova Proposta de Adesão, o Segurado deverá cumprir novo período de carência, salvo expressa menção em contrário estabelecida contratualmente ou na Apólice.

3.7. No caso de transferência do grupo segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela Apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

4. DESCRIÇÃO E DEFINIÇÃO DAS DOENÇAS GRAVES COBERTAS

4.1. As Disposições Contratuais deverão estabelecer qual(is) da(s) doença(s) grave(s) a seguir descritas estarão cobertas pelo presente seguro:

4.2. Acidente Vascular Cerebral (AVC): Doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente sequela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso encefálico com extravasamento de sangue (hemorragia) ou pela obstrução de um vaso encefálico. Inclui-se na garantia o AVC provocado por embolização de vaso encefálico originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro neurológico típico e exames de imagem como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudo de circulação cerebral. As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e passíveis de verificação por meio de exames especializados para confirmação do diagnóstico. Embolização de vaso encefálico: processo em que um êmbolo (coágulo, gordura, etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso do encéfalo de calibre menor. Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo). AVC isquêmicos transitórios e síndromes correlatas: situações em que o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído, deixando de irrigar temporariamente uma parte do tecido cerebral, mas que são reversíveis; geralmente causadas por espasmos arteriais. Infarto cerebral lacunar sem déficit neurológico: pequenas áreas correspondentes a infartos do tecido cerebral, visíveis nos exames de imagem, porém em territórios que não causam sequelas neurológicas, ou seja, não têm repercussão clínica. Distúrbios cognitivos: distúrbios relacionados às capacidades de memória, atenção, percepção, raciocínio, juízo, pensamento e linguagem.

4.2.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de AVC, com sequelas neurológicas típicas da doença, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.3. Cirurgia da Aorta: Realização de cirurgia com abertura do tórax ou abdômen para correção de uma doença da artéria aorta que requeira a enxertia (implante) de material sintético para substituição de segmento afetado. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião vascular, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas

científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem.

4.3.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia da aorta tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.4. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vasculare na Artéria Coronariana (By-Pass): Realização de cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para restauração do fluxo sanguíneo em uma ou mais artérias coronarianas obstruídas ou estenosadas, por meio de implante de ponte(s) (by-pass) vascular(es). A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames de imagem coronarianos. Coronárias estenosadas: artérias coronárias (que irrigam o músculo cardíaco) estreitadas, obstruídas. Angioplastia: procedimento realizado por meio de cateter intra-arterial que visa à dilatação ou recuperação da luz do vaso. Toracotomia mínima: pequena incisão para abertura da cavidade torácica, que serve para a entrada de instrumentos (cateteres) e câmeras de vídeo (semelhante ao que ocorre na vídeo-laparotomia).

4.4.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia de revascularização do miocárdio tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.5. Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca: Realização de cirurgia cardíaca com abertura do tórax (cirurgia a céu aberto) para substituição de uma ou mais valvas cardíacas (denominadas mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar) por válvulas artificiais, devido à estenose valvar, insuficiência valvar ou a uma combinação destes dois problemas. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião cardíaco, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames cardiológicos de imagem.

4.5.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para troca de válvula cardíaca tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência

da garantia.

4.6. Doença de Alzheimer: Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer – demência pré-senil – antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista ou psiquiatra e confirmado por achados típicos nos exames clínicos (testes cognitivos) e de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons), de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.

4.6.1. Para caracterização desta garantia, o segurado deve apresentar quadro de demência avançada que demande supervisão e cuidados constantes de terceiros e o invalide definitivamente para vida cível, com necessidade de constituição legal de um curador definitivo.

4.6.2. Outra maneira de caracterização desta garantia é a Doença de Alzheimer deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro;
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa;
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene;
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano;
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino;
- f) Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida;
- g) O quadro de demência avançada deve ser comprovado com apresentação de termo de curatela definitiva. As incapacidades para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.

4.6.3. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer e manifestarem incapacidades para vida cível ou para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.7. Doença de Parkinson: Diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson primária ou idiopática, antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista e confirmado por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas. Doença de Parkinson primária ou idiopática: sem causa conhecida.

4.7.1. Para caracterização desta garantia, a Doença de Parkinson deve resultar em sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito – incapacidade de se levantar sem ajuda externa – e que demandem supervisão e cuidados constantes de terceiros.

4.7.2. Outra maneira de caracterização desta garantia é a Doença de Parkinson deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

- a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro;
- b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa;
- c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene;
- d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano;
- e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino;
- f) Alimentar-se – capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida;
- g) A restrição ao leito e as incapacidades para as atividades da vida diária devem ser clinicamente documentadas para confirmação do diagnóstico.

4.7.3. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson, com restrição ao leito ou incapacidades para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.8. Esclerose Múltipla: Diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, feito por médico neurologista, evidenciado pela presença de sinais e sintomas típicos de desmielinização e comprometimento das funções motora e

sensorial, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas. Desmielinização: que leva à perda ou destruição da bainha de mielina, substância que forma a capa gordurosa que recobre certos nervos.

4.8.1. Para caracterização desta garantia, o segurado deve:

- a) Apresentar quadro com alterações neurológicas contínuas e persistentes por, no mínimo, seis meses; ou
- b) Ter apresentado, no mínimo, dois surtos da doença clinicamente bem documentados – registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise –, com intervalo de pelo menos um mês entre os episódios; ou
- c) Ter apresentado um único surto da doença, clinicamente bem documentado - registros de internação hospitalar ou de terapia específica para crise – associado a achados característicos da doença no exame de líquido (líquido cefalorraquidiano) e lesões cerebrais típicas na ressonância nuclear magnética.

4.8.2. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado o s segurados que receberem diagnóstico definitivo de esclerose múltipla, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.9. Distrofia Muscular: Diagnóstico definitivo de distrofia muscular, grupo de doenças genéticas caracterizadas pela degeneração progressiva do tecido muscular levando à perda dos movimentos, feito por médico neurologista, confirmado por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas, e desde que comprovada a necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

4.9.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado o s segurados que receberem diagnóstico definitivo de distrofia muscular, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.10. Infarto Agudo do Miocárdio: Necrose (morte celular) de parte do

músculo cardíaco como consequência de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e se basear na ocorrência concomitante de: histórico de dores torácicas típicas; alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG), e elevação das enzimas cardíacas troponinas e de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica. Segmento ST: pedaço do traçado obtido no eletrocardiograma (ECG). Troponina I ou T: proteínas que existem no músculo cardíaco que são usadas como marcadores de lesão celular (infarto). Síndrome coronariana: conjunto de sinais e sintomas característicos, causados por doença ou distúrbio das artérias coronárias. Angina (pectoris): dor no peito causada por baixo abastecimento de oxigênio para o músculo cardíaco. Infarto antigo: infarto (morte de parte do músculo cardíaco) que ocorreu no passado. Infarto silencioso: infarto que ocorre sem dor, sem percepção da vítima; geralmente constatado em um achado de exame feito ao acaso.

4.10.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio e desde que a doença tenha sido diagnosticada no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.11. Insuficiência Renal Terminal (Crônica): Insuficiência renal terminal (crônica) é a etapa final de diversas doenças renais, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico nefrologista e demonstrado por exames complementares apropriados, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.

4.11.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de insuficiência renal terminal (crônica), desde que a doença causadora do quadro tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.12. Paralisia: Perda total e irreversível da função motora de dois ou mais membros (superiores ou inferiores), causada exclusivamente por lesão da medula espinhal decorrente de acidente ou doença. O quadro de paralisia (plegia) de dois ou mais membros deve ser passível de verificação por meio de exames especializados e necessita ser clinicamente documentado para

confirmação do diagnóstico. O diagnóstico e a determinação do quadro de paralisia devem ser feitos por médico neurologista ou neurocirurgião, aceitos pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldados por exames especializados.

4.12.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo da paralisia, com persistência da sequela neurológica, conforme definição, desde que a doença ou o trauma causador da paralisia tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.13. Transplante de Órgão: Procedimento cirúrgico em que o segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea. A cirurgia deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e com indicação respaldada por exames complementares.

4.13.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para transplante de órgão tenha ocorrido no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da garantia.

4.14. Tumor Cerebral Benigno: Retirada cirúrgica de um tumor benigno do tecido encefálico, sob anestesia geral, desde que o tumor ou o procedimento cirúrgico resulte em sequela neurológica permanente. Também estão cobertos os tumores benignos do tecido encefálico considerados inoperáveis que cursem com sequela neurológica permanente. O procedimento ou diagnóstico deve ser feito por médico neurocirurgião ou neurologista e evidenciado por achados característicos em exames de imagem como tomografia axial computadorizada e ressonância magnética. As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas e precisam ser clinicamente documentadas após a cirurgia ou a partir da data do diagnóstico, caso o tumor seja considerado inoperável, para confirmação do diagnóstico. Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo).

4.14.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo do tumor cerebral, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois

de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.15. Câncer: Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres, conforme definição, com exceção dos especificados no item 5.1.13. Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças. Neoplasia intra-epitelial cervical: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

4.15.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.16. Câncer Feminino: Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas. O termo câncer é sinônimo de “neoplasia maligna” e “tumor maligno”. Inclui as neoplasias malignas amparadas por esta cobertura são exclusivamente: Mama, Útero e Ovário. Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças. Neoplasia intra-epitelial cervical: alterações nas células do colo uterino que são precursoras de câncer.

4.16.1. Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência da apólice, depois de cumprido o prazo de carência da cobertura.

4.17. Todas as Doenças Graves deverão ser comprovadas por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico científica, e demais documentos estabelecidos no item 12 - Pagamento da Indenização.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos das coberturas desta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

5.1.1. Acidente Vascular Cerebral (AVC):

- a) AVC isquêmico transitório e síndromes correlatas, Acidentes Vasculares hemorrágicos e síndromes correlatas (ex.: isquemia cerebral transitória – ICT);
- b) Traumatismos crânio encefálicos - danos cerebrais causados por traumas, anoxia/asfixia; PCR – parada cardio-respiratória;
- c) Infartos cerebrais lacunares sem déficit neurológico;
- d) Enxaquecas com sintomas neurológicos; e
- e) Sequela neurológica caracterizada exclusivamente por distúrbios cognitivos / psiquiátricos que não configurem incapacidade para vida cível (sem curatela definitiva).

5.1.2. Cirurgia da Aorta:

- a) Procedimentos realizados nas ramificações da aorta (o termo aorta inclui as porções torácica e abdominal da artéria aorta, mas não os seus ramos);
- b) Os procedimentos realizados pelo interior do vaso (intra-arteriais) sem abertura do tórax ou abdômen;
- c) Qualquer outro procedimento cirúrgico que não requeira a colocação de um enxerto; e
- d) Cirurgia subsequente a ferimento traumático da artéria aorta.

5.1.3. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):

- a) Angioplastia (com ou sem colocação de Stent);
- b) Outros procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados pelo interior do vaso, sem abertura do tórax); e
- c) Cirurgia por toracotomia mínima.

5.1.4. Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:

- a) Cirurgias cardíacas com preservação da válvula, como comissurotomia, comissuroplastia, valvoplastia.

5.1.5. Doença de Alzheimer:

- a) Outros quadros de demência que não sejam considerados como decorrentes da Doença de Alzheimer; e
- b) Diagnóstico isolado de Doença de Alzheimer, que não resulte em quadro de sequelas incapacitantes para a vida cível ou para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

5.1.6. Doença de Parkinson:

- a) Todas as outras formas de Parkinsonismo que não a Doença de Parkinson primária ou idiopática, como as decorrentes de uso de medicamentos e de trauma cranioencefálico; e
- b) Diagnóstico isolado de Doença de Parkinson primária ou idiopática, que não resulte em quadro de sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito ou o incapacitem para as atividades da vida diária, conforme definição acima descrita.

5.1.7. Esclerose Múltipla:

- a) O diagnóstico de esclerose múltipla que não se enquadre nos critérios relacionados no item 3.1.7 acima, para caracterização da doença.

5.1.8. Distrofia Muscular:

- a) Doença na fase inicial sem perda funcional comprovada;

b) Doença não confirmada por exame histológico.

5.1.9. Infarto Agudo do Miocárdio:

- a) Quadro de infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG;
- b) Quadro de infarto do miocárdio somente com elevação da troponina “I” ou “T”; e
- c) Outras síndromes coronarianas agudas como angina estável ou instável. d) Infarto do miocárdio antigo ou silencioso.

5.1.10. Insuficiência Renal Terminal (Crônica):

- a) Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que ainda realizado tratamento de diálise.

5.1.11. Paralisia:

- a) Paralisia causada pela Síndrome de Guillain-Barré;
- b) Paralisia cuja origem não é uma lesão da medula espinhal (p.ex. traumatismo cranioencefálico); e
- c) Paralisia decorrente de traumas auto-infligidos.

5.1.12. Transplante de Órgão:

- a) Colocação de órgãos artificiais, como coração artificial;
- b) Transplantes de órgão de animais, não humanos;
- c) Auto-transplante de medula óssea;
- d) Transplante de células-tronco (células embrionárias);
- e) Transplante de células-beta do pâncreas; e
- f) Transplante de órgãos não mencionados no item 3.1.11. acima.

5.1.13. Tumor Cerebral Benigno:

- a) Todos os tipos de cistos intracranianos;
- b) Granulomas de qualquer natureza;
- c) Malformações encefálicas arteriais ou venosas;
- d) Hematomas intracranianos de qualquer natureza;
- e) Tumores da glândula hipófise; e
- f) Tumores da medula espinhal.

5.1.14. Câncer:

- a) Todos os cânceres não invasivos (in situ), lesões ou tumores pré-malignos, qualquer grau / estágio de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) – displasia do colo uterino.
- b) Qualquer tipo de câncer de pele (ex.: carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas) que não seja melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm, segundo a classificação de Breslow.
- c) Câncer de próstata abaixo do estágio T2 N0 M0 pela classificação TNM.
- d) Sarcoma de Kaposi ou qualquer outro tumor maligno diagnosticado em um portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

5.1.15. Câncer Feminino:

- a) Melanoma não invasivo, sarcoma de kaposi, queratose actínica, leucoplasia oral, papilomatose oral florida, doença de Bowen, eritroplasia de Queyrat, Corno cutâneo, queratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular; carcinomas in situ (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as características de comportamento da neoplasia, como invasão ou metástases), qualquer tipo de displasia e outras lesões pré-neoplásicas de qualquer órgão e/ou tecido. Qualquer tipo de leucemia. Qualquer tipo de câncer benigno.

5.2. Estão expressamente excluídos desta Cobertura, as doenças diagnosticadas com data anterior ao início de vigência do seguro.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

6.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da doença grave.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 7.1. Somente na hipótese de contratação de cobertura para mais de um diagnóstico de Doenças Graves, o Capital Segurado relativo a esta Cobertura será reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto. A reintegração nestes casos será total e sem cobrança de Prêmio adicional, exceto quando decorrentes de um mesmo evento.
- 7.2. Serão consideradas como mesmo evento, as patologias reincidentes e suas consequências e/ou aquelas consideradas agravos clínicos da doença primária, salvo Disposições Contratuais em contrário.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 8.1. A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

- 9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
 - b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
 - c) com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado;
 - d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
 - e) com o pagamento da garantia de Doenças Graves, quando contratada a cobertura apenas para o 1º (primeiro) diagnóstico, sendo reduzido o Prêmio proporcional a esta garantia a partir da próxima renovação do seguro;
 - f) quando o Segurado atingir a idade máxima estabelecida contratualmente; e
 - g) Por essa cobertura poder ser uma antecipação da cobertura de morte, neste caso, o pagamento do Capital Segurado relativo a esta cobertura extingue imediata e automaticamente a cobertura

para o caso de Morte, bem como o contrato de seguro. Nesta hipótese, os prêmios pagos após a data do evento serão devolvidos e atualizados monetariamente.

10. PRÊMIO

10.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10.2. Nos casos em que houver cobrança de prêmio adicional, para a cobertura de Doenças Graves - Antecipação, o prêmio do seguro deverá ser cobrado de acordo com o Capital Segurado remanescente, ou seja, sobre a diferença entre o capital Segurado total e o valor do Capital Segurado Antecipado.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais itens 17 e 18, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- a) formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo médico que atende o Segurado regularmente, e pelo próprio Segurado ou seu representante;
- b) formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- d) cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- e) cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- f) cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária; e
- g) cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

12.2. Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada:

12.2.1. Em caso de Acidente Vascular Cerebral (AVC):

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva as sequelas neurológicas definitivas;
- b) Exames complementares como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudos de circulação cerebral, que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as sequelas neurológicas.
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

12.2.2. Em caso de Cirurgia da Aorta:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;
- b) Exames complementares, especialmente os de imagem como arteriografia e tomografia computadorizada, que comprovem doença da aorta e respaldem a indicação de cirurgia;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

12.2.3. Em caso de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio com Implante de Ponte Vascular na Artéria Coronariana (By-Pass):

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;
- b) Exames complementares, como cateterismo e angiografia, que comprovem doença coronariana e respaldem a indicação de cirurgia cardíaca;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

12.2.4. Em caso de Cirurgia para Troca de Válvula Cardíaca:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico e o procedimento cirúrgico;

- b) Exames complementares, como ecocardiografia com doppler, que comprovem doença cardíaca valvar e respaldem a indicação de cirurgia para troca de válvula cardíaca;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

12.2.5. Em caso de Doença de Alzheimer:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico, e descreva as restrições cognitivas e incapacidades definitivas para as atividades da vida diária;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as limitações neurológicas, tais como tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons e testes cognitivos;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar;
- d) Termo de curatela definitiva quando houver invalidez para vida cível decorrente do quadro de Alzheimer.

12.2.6. Em caso de Doença de Parkinson:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva as restrições motoras e incapacidades definitivas para as atividades da vida diária;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença e as limitações neurológicas;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

12.2.7. Em caso de Esclerose Múltipla:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva os critérios e achados típicos que possibilitaram este diagnóstico;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a existência de achados característicos da doença, como ressonância nuclear magnética e líquido (líquido cefalorraquidiano);

- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

12.2.8. Em caso de Distrofia Muscular:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico neurologista assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico e descreva os critérios e achados típicos que possibilitaram este diagnóstico;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a existência de achados característicos da doença;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

12.2.9. Em caso de Infarto Agudo do Miocárdio:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária a apresentação de exames marcadores de necrose miocárdica (troponina, CK-MB, etc.) e ECG. Também devem ser enviados laudos de cintilografia do miocárdio, ecocardiografia, cateterismo cardíaco e demais exames pertinentes que tiverem sido realizados;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

12.2.10. Em caso de Insuficiência Renal Terminal (Crônica):

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o quadro de insuficiência renal terminal (crônica);
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e o comprometimento da função renal, como tomografia computadorizada, ultrassonografia, análises de urina, dosagens de creatinina e ureia, etc;
- c) Relatórios e prontuários hospitalares contendo histórico dos tratamentos dialíticos.

12.2.11. Em caso de Paralisia:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico de base, e descreva o exame neurológico que configura a paralisia;
- b) Exames complementares, como tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc., que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem o quadro de paralisia;
- c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

12.2.12. Em caso de Transplante de Órgão:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico de base e o procedimento cirúrgico realizado;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e justifiquem a indicação da cirurgia;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação.

12.2.13. Em caso de Tumor Cerebral Benigno:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico, ateste o diagnóstico, especifique o tipo de tumor cerebral e descreva as sequelas neurológicas definitivas;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem o tumor cerebral e as sequelas neurológicas. É necessária a apresentação de exame de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons ou angiografia) e laudo de exame anátomo-patológico quando realizada a cirurgia;
- c) Prontuário médico hospitalar contendo relatório de operação, caso realizada.

12.2.14. Em caso de Câncer:

- a) Declaração médica, com base em formulário fornecido pela seguradora, elaborada, assinada e carimbada pelo médico assistente do segurado, que informe o histórico clínico e ateste o diagnóstico;
- b) Exames complementares que demonstrem o processo de investigação diagnóstica e comprovem a doença. É necessária apresentação do laudo do exame anátomo-patológico;

c) Relatórios e prontuários médicos em caso de internação hospitalar.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

13.2. Na hipótese em que Capital Segurado para esta Cobertura for antecipação do Capital Segurado para a Cobertura de Morte, não poderá ser contratada cobertura para mais de um diagnóstico de Doenças Graves.

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

COBERTURA DE AUXÍLIO BABÁ/ENFERMEIRA E/OU EMPREGADA (AUX-B/E/E)

1. OBJETIVO

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante a antecipação do capital segurado da cobertura de Morte (M), cujo valor será determinado em contrato, referente às despesas necessárias para contratação de Babá, Enfermeira e/ou Empregada, em consequência de 1º (primeiro) diagnóstico de Doenças Graves na vigência da Apólice, exclusivamente para “Câncer Feminino” de Mama, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as Coberturas de Morte e Doenças Graves (Câncer Feminino de mama) e a elas se vinculam, de forma que somente serão devidas, se caracterizada esta cobertura.
- 1.3 A Indenização relativa à presente Cobertura será deduzida do Capital Segurado da cobertura de Morte, na hipótese de Evento Coberto.
- 1.4 Haverá adiantamento do Capital Segurado da Cobertura de Morte.
- 1.5 O adiantamento não caracterizará o direito à Cobertura de Morte, ficando a análise para pagamento da diferença da indenização sujeita às condições definidas em Contrato.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1 Câncer de Mama (feminino): doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno na(s) mama(s) e caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser comprovado por exame histológico conclusivo.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem

- como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
 - d) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - e) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da doença grave contratada pelo Segurado.
- 4.3 Após o pagamento da Indenização, não haverá reintegração de Capital Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 5.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da indenização em caso de 1º diagnóstico de Câncer Feminino de Mama.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA

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

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 18., deverá ser apresentado exame histológico conclusivo que comprove o diagnóstico.

10.2 Fica previsto uma única indenização, que será concedida em função do 1º diagnóstico de câncer feminino de mama coberto pelo seguro, independente do número de lesões e doenças diagnosticadas e de órgãos atingidos.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de falecimento do Cônjuge do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) Cobertura(s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu Cônjuge, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura Suplementar, das Condições Gerais, da(s) Cobertura(s) eventualmente contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2. Não poderá participar desta Cobertura Suplementar, o cônjuge que faça parte do Grupo Segurado como Segurado, ainda que tenha pago o Prêmio, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.
- 1.3. Esta Cobertura Suplementar somente poderá ser contratada, se for extensiva da(s) Cobertura(s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as condições estabelecidas contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. Cônjuge: é a(o) esposa(o) do Segurado(a). A(o) companheira(o) equiparase ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

3. COBERTURAS

- 3.1. Todas as coberturas deste plano de seguro poderão ser contratadas para o Cônjuge, com exceção das relacionadas no item 3.1.1. abaixo. As coberturas serão informadas contratualmente obedecendo obrigatoriamente as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas Coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao Cônjuge.
 - 3.1.1. As coberturas a seguir não são extensíveis ao Cônjuge:
 - Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)
 - Doença Terminal (DT)
 - Doença Congênita de Filhos (DCF)
 - Auxílio Complementar por Incapacidade Temporária (ACIT)
 - Verbas Rescisórias (VR)

- Verbas Rescisórias por Acidente(VRA)

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura Suplementar de Cônjuge todos os riscos definidos como excluídos das Coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Somente poderão participar do seguro os Cônjuges que obedeçam às regras de aceitação definidas nesta Cobertura, nas Condições Gerais, na(s) Cobertura(s) contratada(s) e demais Disposições Contratuais.

6. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

6.1. A Cobertura para Cônjuge poderá ser:

- a) automática: quando estarão cobertos automaticamente todos os Cônjuges dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.
- b) facultativa: quando serão incluídos os Cônjuges dos Segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado para esta Cobertura Suplementar será equivalente a um percentual do Capital Segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectivas Cobertura(s) contratada(s).

7.1.1. O Capital Segurado e Coberturas contratadas serão estabelecidas contratualmente, sendo que o Capital Segurado para o Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para o Segurado, na(s) respectiva(s) Cobertura(s) contratadas.

7.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas Coberturas contratadas para o Segurado.

8. BENEFICIÁRIO(S)

8.1. Na hipótese da contratação de Coberturas decorrentes do falecimento do Cônjuge, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado. Em caso de Coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a Indenização, quando cabível, será ao próprio cônjuge.

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Início de vigência da Cobertura Suplementar

9.1.1. A(s) respectiva(s) Cobertura(s) contratada(s) para o Cônjuge começa(m) a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

9.2. Início de vigência dos riscos individuais

9.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no item 9.1.1 acima, a Cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar:

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

10. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, e no item “Cessação de Cobertura desta Cobertura” de cada uma das Coberturas contratadas para o Cônjuge, a(s) Cobertura(s) do risco a que se refere(m) esta Cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das Coberturas contratadas ou da presente Cobertura Suplementar.

10.1.1. Cessação da cobertura individual

- a) com a cessação da condição de Cônjuge, seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança de Prêmio;
- b) quando o Segurado solicitar a exclusão de seu Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa;

c) com o falecimento do Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa.

11. PRÊMIO

11.1. O Prêmio referente a esta Cobertura Suplementar estará previsto contratualmente.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

13. CARÊNCIA

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

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

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

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

14.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) Cobertura(s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Cônjuge, por meio de:

- Certidão de Casamento atualizada; ou
- Provas de união estável.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de falecimento do(s) o(s) Filho(s) do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) Cobertura(s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu(s) Filho(s), exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura Suplementar, das Condições Gerais, da(s) Cobertura(s) eventualmente contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo Grupo Segurado, os Filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado para efeito desta Cobertura Suplementar.
- 1.3. Esta Cobertura Suplementar somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Suplementar de Cônjuge e Cobertura de Morte exceto se houver Disposição Contratual em contrário e se for extensiva da(s) Cobertura(s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

- 2.1. Filho(s): para efeito desta Cobertura Suplementar é(são) o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

3. COBERTURAS

- 3.1. Somente as coberturas relacionadas no item 3.1.1. abaixo poderão ser contratadas para o(s) Filho(s) e serão informadas contratualmente, obedecendo as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas Coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao(s) Filhos(s).

3.1.1. As coberturas a seguir são extensíveis ao(s) Filho(s):

- Morte (M)
- Morte Acidental (MA)
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente(DMHO)

- Auxílio Funeral (AUXF)
- Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)
- Assistência Funeral (AF)
- Assistência Funeral por Acidente (AFA)
- Doença Congênita de Filhos (DCF)

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura Suplementar de Filho(s) todos os riscos definidos como excluídos das Coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

5. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

5.1. A inclusão do(s) Filho(s) do Segurado será automática, de forma que estarão cobertos automaticamente todos os Filhos dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura Suplementar será equivalente a um percentual do Capital Segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectivas Cobertura(s) contratada(s).

6.2. O Capital Segurado e Coberturas contratadas, serão estabelecidas contratualmente, sendo que o Capital Segurado para o(s) Filho(s) não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para o Segurado, na(s) respectiva(s) Cobertura(s) contratadas.

6.3. Para os Filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta Cobertura Suplementar, independentemente do Capital Segurado, se limita ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

6.4. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas Coberturas contratadas para o Segurado.

7. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

- 7.1. Na hipótese da contratação das Coberturas decorrentes de falecimento do segurado, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado. Em caso de Coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a Indenização, quando cabível, será ao(s) próprio(s) Filhos(s).

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

8.1. Início de vigência da Cobertura Suplementar

8.1.1. A(s) respectiva(s) Cobertura(s) contratadas para o(s) Filho(s) começa(m) a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

8.2. Início de vigência dos riscos individuais

8.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas no item 8.1.1 acima, a Cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar a partir da caracterização da condição de Filho(s) de acordo com o item 2.1 acima.

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, e no item “Cessação de Cobertura desta Cobertura” de cada uma das Coberturas contratadas para o(s) Filho(s), a(s) Cobertura(s) do risco a que se refere(m) esta Cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das Coberturas contratadas ou da presente Cobertura Suplementar e/ou da Cobertura Suplementar de Cônjuge, observado o disposto no item 1.3 acima.

9.2. A cobertura individual cessa em caso de extinção da condição de Filho(s) definida no item 2.1 acima.

10. PRÊMIO

10.1. O Prêmio referente a esta Cobertura Suplementar estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. CARÊNCIA

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

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

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

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) Cobertura(s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Filho, por meio de:

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física).

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE AUXÍLIO ADAPTAÇÃO DE CARRO OU IMÓVEL POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente cuja perda, redução ou impotência funcional definitiva seja maior do que 50% (cinquenta por cento), em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 7 desta Clausula, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.
- 2.3. A Indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente parcial ou total por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.
- 2.4. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do

Capital Segurado contratado.

- 2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.
- 2.6. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.
- 2.7. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a

exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- l) Acidente Vascular Cerebral;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- n) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- o) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
- p) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- q) Acidente ou lesões decorrentes de acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- r) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
- s) Automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados

Individuais do Seguro.

- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto de invalidez permanente parcial, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

- 6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das Coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte, se contratada esta cobertura.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
----------------------	---------------	-------------------

TE		CAPITAL
PARCIAL MEMBROS SUPERIORE S	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
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibio-Peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20

	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15

Lesões das vias lacrimais		
Unilateral		07
Unilateral com fístulas		15
Bilateral		14
Bilateral com fístulas		25
Lesões da pálpebra		
Ectrópio unilateral		03
Ectrópio bilateral		06
Entrópio unilateral		07
Entrópio bilateral		14
Má oclusão palpebral unilateral		03
Má oclusão palpebral bilateral		06
Ptose palpebral unilateral		05
Ptose palpebral bilateral		10
APARELHO DA FONAÇÃO		
Perda da palavra (mudez incurável)		50
Perda de substância (palato mole e duro)		15
SISTEMA AUDITIVO		
Amputação total de uma orelha		08
Amputação total das duas orelhas		16

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)	
	com função respiratória preservada	15
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25

	com redução em grau médio da função respiratória	50
	com insuficiência respiratória	75

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colestomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05	

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

8.1. A Cobertura compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para

todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Cobertura do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

9.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
- c) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

10. PRÊMIO

10.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

12. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. Para o análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;

- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE FILHOS PÓSTUMOS (FP)

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cláusula, desde que contratada, garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento de uma indenização, em caso de morte do segurado titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o período gestacional.
- 1.2. Quando o segurado titular for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do segurado titular.
- 1.3. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite contratado para esta cobertura.
- 1.4. A presente Cláusula somente poderá ser contratada em conjunto com a Cláusula de Morte ou Morte Acidental.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Nascituros: serão considerados nascituros para fins desta cláusula, filhos nascidos vivos. Quando o recém nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.
- 2.2. Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.
- 2.3. Responsáveis Legais: Mãe/Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.
- 2.4. Período Gestacional: período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados na Cláusula de Morte, estão também excluídos da presente Cláusula:
 - a) Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;

b) Natimorto.

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cláusula será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
- 4.2. Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do óbito do segurado titular, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

- 5.1. A garantia compreendida por esta Cláusula começa a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA DESTA CLÁUSULA

- 6.1. Para fins desta cobertura se aplicam as hipóteses previstas no item 11 das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

- 7.1. O Prêmio devido em função da cobertura referente a esta Cláusula estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 8.1. Esta Cláusula abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposições Contratuais em contrário.

9. CARÊNCIA

- 9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 9.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

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

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Para o análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

10.1.1. Básica de morte:

- Aviso de sinistro com o preenchimento do estipulante, segurado/reclamante e médico assistente do sinistrado (modelo da seguradora);
- Cópia da Certidão de óbito;
- Cópia Certidão de Nascimento do filho nascituro;
- Cópia do contracheque do segurado no mês da ocorrência do sinistro;
- Cópia da carteira de identidade (RG) e CPF do sinistrado;
- Comprovação do vínculo empregatício/associativo (ex.: carteira profissional, ficha de registro, ficha de cadastro/associativo).

10.1.2. Morte acidental:

- Aviso de sinistro com o preenchimento do estipulante, segurado/reclamante e médico assistente do sinistrado (modelo da seguradora).
- Cópia da certidão de óbito;
- Cópia Certidão de Nascimento do filho nascituro;
- Cópia do boletim de ocorrência policial;
- Cópia da CAT -Comunicação de Acidente do Trabalho (se acidente de trabalho);
- Cópia completa do prontuário do primeiro atendimento médico-hospitalar (caso não tenha boletim ou CAT);
- Cópia da CNH do segurado quando o acidente for automobilístico e este tenha sido o condutor;
- Cópia do laudo de necrópsia;
- Cópia do exame de teor alcoólico e toxicológico (se realizado);
- Cópia do inquérito policial (se instaurado);
- Cópia do contracheque do segurado no mês da ocorrência do sinistro;
- Cópia da carteira de identidade (RG) e CPF do sinistrado;
- Comprovação do vínculo do empregatício/associativo (ex.: carteira profissional, ficha de registro, ficha de cadastro/associativo).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As

normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.

COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA - PROFISSIONAL (IPD-P)

1. COBERTURA

- 1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a garantia de Morte, em caso de sua Invalidez Total e Permanente por Doença Profissional, doravante denominada IPDP, devidamente coberta pelo seguro, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
- 1.2 O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, exceto para as Coberturas exclusivamente relacionadas a acidente, que poderão ser mantidas, desde que previsto contratualmente.
- 1.3 A análise desta cobertura não poderá ser feita em conjunto ao pleito da cobertura de Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)

2. CONCEITO INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR DOENÇA PROFISSIONAL

- 2.1. Para fins desta garantia, entende-se por IPDP aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e que impeça o segurado de exercer a sua atividade profissional principal.
 - 2.1.1. Doença profissional é aquela adquirida no exercício da atividade profissional principal do segurado.
 - 2.1.2. Atividade profissional 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 profissionais por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.
- 2.2. Fica entendido que a indenização em que o segurado fará jus

através desta garantia, somente será devida no caso em que o próprio segurado seja considerado inválido de forma definitiva e permanente.

- 2.3. Não podem configurar como segurados, para esta garantia pessoas que não exerçam qualquer atividade profissional, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio, por parte da Seguradora

3. GARANTIA

- 3.1. A IPDP deverá ser comprovada com apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade, acompanhada de relatório médico, informando que o segurado está totalmente inválido por doença profissional para o exercício de sua atividade profissional principal, indicando seu início, causas, circunstâncias, acompanhado de resultado de exames complementares e laudo pericial que comprove a invalidez.

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

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

- 3.1.3. Somente fará jus a esta garantia os segurados cujo tratamento da doença profissional tenha sido iniciado, ou cuja doença profissional tenha sido diagnosticada, durante a vigência desta garantia.

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

- 3.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza da doença, bem como a avaliação da incapacidade, 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.

3.3.1. 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. 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.

3.3.2. 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.

3.4. Uma vez pago o capital segurado relativo a esta cobertura o segurado será excluído do seguro, em caráter definitivo, não cabendo o direito a nenhuma outra indenização futura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:

- a)** uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b)** atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c)** doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

- d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- k) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- l) doenças ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento.
- m) 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 indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado será conforme definido nas Condições Particulares, podendo ser múltiplo salarial ou capital definido.
- 5.2. Considera-se como data da Invalidez Total e Permanente por

Doença Profissional (IPDP), a data em que a invalidez restou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

6.1. A garantia de IPDP abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

7. CARÊNCIA

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

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

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

8. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Comprovada a ocorrência de sinistro coberto por esta garantia, o segurado deverá, observado o item 17 das Condições Gerais, apresentar os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro com o preenchimento do estipulante, segurado/reclamante e médico assistente do sinistrado (modelo da seguradora);
- Laudo de concessão da aposentadoria, emitido por instituto de previdência ao qual o segurado esteja vinculado (caso o segurado esteja aposentado);
- Exames clínicos objetivos e perícias a que o segurado tenha se submetido;
- Cópia do contracheque do segurado no mês da concessão da aposentadoria determinado pelo médico assistente;
- Cópia da carteira de identidade (RG) e CPF do segurado;
- Cópia do comprovante de residência (preferencialmente água, luz ou telefone fixo);
- Comprovação do vínculo do empregatício/associativo (ex.: carteira profissional, ficha de registro, ficha de cadastro/associativo);

- Autorização de pagamento/crédito de sinistro (modelo da seguradora) e cópia de um comprovante dos dados bancários (ex.: cartão do banco, cabeçalho de extrato/saldo).

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 9.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada segurado:
- a) quando o estipulante pedir por escrito o cancelamento desta garantia relativamente à todos os segurados;
 - b) na data do cancelamento da apólice;
 - c) com a Invalidez Total e Permanente por Doença Profissional do Segurado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Reconhecida a invalidez pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.
- 10.2. Esta garantia não é extensiva aos cônjuges e aos filhos, quando incluídos na apólice através de cláusulas próprias.
- 10.3. Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL A TRABALHO (MA-T)

1. OBJETIVO

- 1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiários(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Garantia quando ocorrer a morte do Segurado, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado esteja desempenhando sua atividade laborativa regular, em seu local habitual de trabalho e/ou suas dependências, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.
- 1.2 Não está incluso o trajeto de ida e volta entre a residência e o local de trabalho.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

- 2.1 Acidente Pessoal: Para fins desta Garantia, prevalece o conceito definido no item 3.1 – Definições, das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1 Além dos riscos mencionados no item 3- Riscos Excluídos, das Condições Gerais da Garantia de Morte, estão excluídos da cobertura desta Garantia:
 - a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
 - b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
 - c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
 - d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
 - e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;
 - f) intercorrências ou complicações consequentes da realização

de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.

- g) 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 sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- h) 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.
- i) os acidentes ocorridos fora do local de trabalho do Segurado e/ou suas dependências, ou durante o trajeto de ida e volta entre a residência e o local de trabalho.

4. CAPITAL SEGURADO

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

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 5.1 Esta Garantia abrange somente os acidentes ocorridos no local de trabalho do Segurado e/ou suas dependências.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
 - formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
 - formulário "Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro", devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
 - cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s)

Beneficiário(s);

- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) se houver e CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

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

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
- b) na data do cancelamento da Apólice; e,
- c) quando for paga a indenização de Invalidez TOTAL e Permanente por Acidente do Segurado, quando contratada.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

8.1 Quando houver a cobertura simultânea desta Garantia com a de Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente (IPA), as indenizações não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por IPA, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE CRIME (MA-VC)

1. OBJETIVO

1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Garantia quando ocorrer a a morte do Segurado, decorrente exclusivamente por crime, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

2. CONCEITO DE CRIME

2.1 Crime: Para fins desta Garantia, é a violação DOLOSA da lei penal que cause dano corporal ao Segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados no item 3- Riscos Excluídos, das Condições Gerais da Garantia de Morte, estão excluídos da cobertura desta Garantia:

- a) ocorrências enquadradas na legislação como crime de trânsito;
- b) qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso; e,
- c) invalidez decorrente de crimes ocorridos antes da inclusão do Segurado no seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

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

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1 Esta Garantia abrange os Crimes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

6.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

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

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;

- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:

- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
- b) na data do cancelamento da Apólice; e,
- c) quando for paga a indenização de Invalidez TOTAL e Permanente por Acidente do Segurado, quando contratada.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

8.1 Quando houver a cobertura simultânea desta Garantia com a de Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente (IPA), as indenizações não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por IPA, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem

sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE A TRABALHO (IPA-T)

1. OBJETIVO

- 1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao próprio Segurado uma indenização proporcional ao Capital Segurado contratado para esta garantia, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela seguinte, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física, causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado esteja desempenhando sua atividade laborativa regular, em seu local habitual de trabalho e/ou suas dependências, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e do Contrato.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombosacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL 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
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um	12

	dos dedos médios	
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados,		

constantes dos quadros próprios da tabela.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL	
DIVERSAS	MANDÍBULA		
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos		
	Em grau mínimo	05	
	Em grau médio	10	
	Em grau máximo	20	
	NARIZ		
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25	25
	Perda total do olfato	07	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO		
	Diplopia	15	15
	Lesões das vias lacrimais		
	Unilateral		07
	Unilateral com fístulas		15
	Bilateral		14
	Bilateral com fístulas		25
	Lesões da pálpebra		
	Ectrópio unilateral		03
	Ectrópio bilateral		06
	Entrópio unilateral		07
	Entrópio bilateral		14
	Má oclusão palpebral unilateral		03
	Má oclusão palpebral bilateral		06
	Ptose palpebral unilateral		05
	Ptose palpebral bilateral		10
	APARELHO DA FONAÇÃO		
	Perda da palavra (mudez incurável)		50
	Perda de substância (palato mole e duro)		15
	SISTEMA AUDITIVO		
	Amputação total de uma orelha		08
	Amputação total das duas orelhas		16

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)	
	com função respiratória preservada	15
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25

	com redução em grau médio da função respiratória	50
	com insuficiência respiratória	75

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colestomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05	

1.2 Não está incluso o trajeto de ida e volta entre a residência e o local de trabalho.

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

- 2.1 Acidente Pessoal: Para fins desta garantia, prevalece o conceito definido no item 3.1 - Definições, das Condições Gerais.

3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

- 3.1 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.
- 3.1.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta garantia.
- 3.2 No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, 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.
- 3.2.1 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. 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.
- 3.2.2 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.
- 3.3 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Garantia.
- 3.4 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para a sua perda total.
- 3.5 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente deve ser percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

- 3.6 A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.
- 3.7 A reintegração do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.
- 3.8 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 3.9 Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
- 3.10 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 Além dos riscos mencionados no item 3 da garantia de Morte, estão excluídos da cobertura desta Garantia:
 - a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
 - b) o parto, o aborto e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto;
 - c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
 - d) o choque anafilático e suas consequências, salvo se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
 - e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;
 - f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, salvo se diretamente decorrente de acidente coberto.

- g) 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 sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- h) 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.
- i) os acidentes ocorridos fora do local de trabalho do Segurado e/ou suas dependências, ou durante o trajeto de ida e volta entre a residência e o local de trabalho.

5. CAPITAL SEGURADO

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

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 6.1 Esta Garantia abrange somente os acidentes ocorridos no local de trabalho do Segurado e/ou suas dependências.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:
 - a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
 - b) na data do cancelamento da Apólice; e
 - c) com a Invalidez TOTAL e Permanente por Acidente do Segurado.

8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

- 8.1 O Beneficiário desta Garantia é o próprio Segurado.

9. OCORRÊNCIA DE ACIDENTE

- 9.1 Comprovada a ocorrência de Sinistro, o Segurado deverá:

- a) Comunicar o acidente à Seguradora por intermédio do Estipulante, através do formulário “Aviso de Sinistros”, ou em carta registrada ou fax dirigido à Seguradora.
 - a.1) Da comunicação por carta ou fax, deverão constar a data, hora, local e causa do acidente;
 - a.2) A comunicação na forma da alínea anterior não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário “Aviso de Sinistros” totalmente preenchido;
- b) Provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, e a adoção de medidas tendentes a plena elucidação do Sinistro.
- c) Recorrer imediatamente a sua custa, os serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;
- d) Apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante o atestado de alta médica com a respectiva avaliação da invalidez sofrida, em formulário apropriado.

10. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

- 10.1 Para o análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
 - formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
 - cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) se houver e CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);;
 - cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - radiografia e resultados de exames realizados;
 - cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
 - cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

11. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

- 11.1 As indenizações previstas para Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam quando decorrentes do mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente verificar-se a morte do Segurado ou sua Invalidez Total em consequência do mesmo acidente, será deduzida da indenização a ser paga a importância já indenizada.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1 Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME (IPA-VC)

1. OBJETIVO

- 1.1 A presente Garantia, desde que contratada e pago o Prêmio, tem por objetivo garantir ao próprio Segurado uma indenização proporcional ao Capital Segurado contratado para esta garantia, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na Tabela seguinte, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física, causada por Crime devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e do Contrato.

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL 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
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um	12

	dos dedos médios	
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados,		

constantes dos quadros próprios da tabela.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL	
DIVERSAS	MANDÍBULA		
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos		
	Em grau mínimo	05	
	Em grau médio	10	
	Em grau máximo	20	
	NARIZ		
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25	25
	Perda total do olfato	07	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO		
	Diplopia	15	15
	Lesões das vias lacrimais		
	Unilateral		07
	Unilateral com fístulas		15
	Bilateral		14
	Bilateral com fístulas		25
	Lesões da pálpebra		
	Ectrópio unilateral		03
	Ectrópio bilateral		06
	Entrópio unilateral		07
	Entrópio bilateral		14
	Má oclusão palpebral unilateral		03
	Má oclusão palpebral bilateral		06
	Ptose palpebral unilateral		05
	Ptose palpebral bilateral		10
	APARELHO DA FONAÇÃO		
	Perda da palavra (mudez incurável)		50
	Perda de substância (palato mole e duro)		15
	SISTEMA AUDITIVO		
	Amputação total de uma orelha		08
	Amputação total das duas orelhas		16

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)	
	com função respiratória preservada	15
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25

	com redução em grau médio da função respiratória	50
	com insuficiência respiratória	75

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colestomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05	

2. CONCEITO DE CRIME

2.1 Crime: Para fins desta Garantia, é a violação DOLOSA da lei penal que cause dano corporal ao Segurado.

3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

- 3.1 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.
- 3.1.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta garantia.
- 3.2 No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, 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.
- 3.2.1 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. 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.
- 3.2.2 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.
- 3.3 Quando de um mesmo Crime resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Garantia.
- 3.4 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para a sua perda total.
- 3.5 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente deve ser percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

- 3.6 A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.
- 3.7 A reintegração do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.
- 3.8 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 3.9 Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
- 3.10 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 Além dos riscos mencionados no item 3 - Riscos Excluídos, da Garantia de Morte, estão excluídos da cobertura desta Garantia:
- a) ocorrências enquadradas na legislação como crime de trânsito;
 - b) qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso; e,
 - c) invalidez decorrente de Crimes ocorridos antes da inclusão do Segurado no seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

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

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 6.1 Esta Garantia abrange os Crimes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 7.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará individualmente para cada Segurado:
- a) quando o Estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta Garantia relativamente a todos os Segurados;
 - b) na data do cancelamento da Apólice; e
 - c) com a Invalidez TOTAL e Permanente por Acidente do Segurado.

8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

- 8.1 O Beneficiário desta Garantia é o próprio Segurado.

9. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

- 9.1 Comprovada a ocorrência de Sinistro, o Segurado deverá:
- a) Comunicar o Crime à Seguradora por intermédio do Estipulante, através do formulário “Aviso de Sinistros”, ou em carta registrada ou fax dirigido à Seguradora.
 - a.1) Da comunicação por carta ou fax, deverão constar a data, hora, local e causa do Crime;
 - a.2) A comunicação na forma da alínea anterior não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário “Aviso de Sinistros” totalmente preenchido;
 - b) Provar satisfatoriamente a ocorrência do Crime, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, e a adoção de medidas tendentes a plena elucidação do Sinistro.
 - c) Recorrer imediatamente a sua custa, os serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;
 - d) Apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante o atestado de alta médica com a respectiva avaliação da invalidez sofrida, em formulário apropriado.

9.2 DOCUMENTOS BÁSICOS

- 9.2.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

10. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

- 10.1 As indenizações previstas para Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam quando decorrentes do mesmo Crime. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente verificar-se a morte do Segurado ou sua Invalidez Total em consequência do mesmo Crime, será deduzida da indenização a ser paga a importância já indenizada.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1 Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.