



SEGURO RISCOS PESSOAIS CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1^a - DEFINIÇÕES

Para efeito das disposições deste seguro ficam convencionadas as seguintes definições:

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.
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.
Aviso de Sinistro:	Documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.
Beneficiário:	pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
Capital Segurado:	valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.
Carregamentos	importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
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.
Cobertura de risco:	coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
Condições Contratuais:	conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.
Condições Gerais:	Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do estipulante e que definem as características gerais do seguro. As presentes Condições Gerais poderão ser alteradas pelas Condições Especiais, Cláusulas Suplementares e pelo Contrato, desde que sejam ratificadas e incluídas na Apólice. Sempre que a interpretação o permita, em qualquer texto integrante da apólice, o masculino englobará o feminino, o singular o plural e vice-versa.
Condições Especiais:	Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
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.

Contrato:	Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.
Corretor:	Pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e registrada na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados - e legalmente autorizada a intermediar a realização de contratos de seguro, podendo representar os interesses do Estipulante ou do Segurado junto à Seguradora.
Dados Cadastrais:	São informações sobre o Estipulante e sobre os Segurados que toda proposta de seguro e todas as movimentações da apólice deverão conter, conforme segue: <ol style="list-style-type: none"> 1. PESSOA FÍSICA: <ol style="list-style-type: none"> a. Nome completo; b. Sexo; c. Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); d. Data de nascimento; e. Nacionalidade; f. Natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição (RG); g. Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD; h. Profissão; i. Faixa de Renda; e j. Enquadramento como pessoa politicamente exposta. 2. PESSOA JURÍDICA <ol style="list-style-type: none"> a. Denominação ou razão social; b. Atividade principal desenvolvida; c. Número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); d. Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD; e. Patrimônio Líquido e faturamento anual.
Dano Moral:	Toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico. O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas desta apólice.
Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes:	São aquelas que o Segurado ou seu responsável sabia ser portador ou sofredor na data da assinatura da proposta de adesão e que não foram declaradas na mesma.
Endosso ou Aditivo:	Instrumento de alteração do contrato de seguro – documento que a Seguradora emite para promover qualquer modificação na apólice e que fica fazendo parte integrante da mesma. A Seguradora tem 15 (quinze) dias para analisar, aceitar integralmente ou com ressalvas ou recusar uma solicitação de alteração da apólice.
Estipulante:	Pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos termos da legislação e regulamentação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.
Franquia:	É o período contínuo, determinado na apólice, contado a partir da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.
Grupo Segurado:	é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
Grupo Segurável	É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que, de acordo com as condições da apólice, podem aderir a este seguro.

Indenização:	Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.
Indenizações Punitivas:	Indenizações decorrentes de processos civis, como punição a qualquer falta do Estipulante ou do Segurado, não destinadas a repor a perda do Segurado ou de terceiro reclamante (“Punitive Damages”). As Indenizações Punitivas são riscos excluídos de todas as coberturas desta apólice.
Início de Vigência	é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
Invalidez Permanente:	Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.
Médico Responsável ou Assistente:	É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Responsável ou Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
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.
Nota Técnica Atuarial	documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.
Prazo de Carêncio	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.
Prêmio:	valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro
Prêmio líquido:	Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
Prescrição:	Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.
Proponente:	o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

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.
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.
Reabilitação do Seguro:	É o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.
Regulação de Sinistro:	É o processo pelo qual a Seguradora analisa as circunstâncias e a documentação dos sinistros comunicados pelo Estipulante, pelo Segurado ou pelo Beneficiário, para, no caso de enquadramento nos Riscos Cobertos da apólice, providenciar a indenização devida nos termos da mesma.
Reintegração do Capital Segurado:	É a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura no mesmo montante em que foi reduzida após ocorrência de sinistro coberto.
Risco ou Evento Coberto:	Acontecimento possível, futuro e incerto, que independe da vontade das partes e cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a indenização devida, desde que não se classifique como risco excluído, respeitadas as Condições contratuais.
Riscos Excluídos:	São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou nas Condições Especiais, que não serão cobertos pelo plano.
Segurados:	a) pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
Sinistro:	a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
Sub-Estimulante:	É a pessoa jurídica que participa de apólice coletiva contratada pelo Estimulante, assumindo as mesmas responsabilidades deste e ficando, igualmente, investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora. Assim, sempre que na apólice ler-se Estimulante, entenda-se também Sub-Estimulante, quando houver.
Vigência da apólice:	É o período durante o qual a apólice contratada está em vigor.
Vigência da cobertura individual:	É o período durante o qual as coberturas contratadas para cada Segurado aceito durante a vigência da apólice estão em vigor, respeitadas as condições das mesmas.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir, nos termos destas Condições Gerais e das demais condições contratuais, até o limite do Capital Segurado estabelecido para cada cobertura contratada, o pagamento de indenização ao Segurado ou aos seus Beneficiários, pela ocorrência dos riscos especificados como cobertos em tais coberturas.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas cláusulas das coberturas efetivamente contratadas pelo Segurado e ratificadas na Apólice, com a indicação dos respectivos Capitais Segurados.
- 3.2. 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, observando-se que::
- 3.2.1. Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal:
- a) O suicídio, ou a sua tentativa (se decorridos 2 (dois) anos de vigência individual), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
 - b) A ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - c) O escapamento accidental de gases e vapores;
 - d) O sequestro e tentativa de sequestro;
 - e) As alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;
- 3.2.2. Excluem-se do conceito de acidente pessoal:
- f) 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;
 - g) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - h) 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 médica-científica, bem como as consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo; e
 - i) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez accidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 3.2 acima.

CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos do presente seguro quaisquer despesas, prejuízos, ônus, perdas, danos ou responsabilidades de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por, resultantes de, para os quais tenham contribuído ou cujo pedido de indenização abrange:

- 4.1. O uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- 4.2. Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando, da ocorrência de evento coberto, o Segurado esteja prestando serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 4.3. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- 4.4. Ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- 4.5. Acidentes, doenças ou lesões, inclusive as congênitas, pré-existentes à contratação deste seguro não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do Segurado na contratação do plano;
- 4.6. Diálises e hemodiálises;
- 4.7. Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- 4.8. A gravidez, o parto ou o aborto e quaisquer complicações ou consequências decorrentes da gravidez, do parto ou do aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- 4.9. As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- 4.10. O choque anafilático e suas consequências, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- 4.11. Cirurgias para correção de fimose, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamentos para infertilidade ou inseminação artificial;
- 4.12. Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, tratamentos rejuvenescedores, para obesidade ou emagrecimento, incluindo gastroplastia redutora;
- 4.13. Cirurgias plásticas e despesas com compra de prótese, confecção de óculos e lentes de contato (salvo as cirurgias pós-acidentais restauradoras e as reparadoras de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas e as despesas com reparos ou substituição de próteses odontológicas danificadas em consequência de acidente pessoal coberto, desde que contratada coberturas correspondentes);
- 4.14. A perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie, salvo se contratada cobertura correspondente;
- 4.15. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de risco coberto;
- 4.16. Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- 4.17. Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- 4.18. O tratamento de doenças mentais ou psiquiátricas;
- 4.19. Doação e transplante intervivos;
- 4.20. Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
- 4.21. Ato reconhecidamente perigoso que não provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 4.22. 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;
- 4.23. 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;
- 4.24. Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- 4.25. O suicídio, ou sua tentativa, se ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos do início de vigência da cobertura individual ou da recondução do seguro após suspensão ou ainda nos 2 (dois) primeiros anos da data do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento;
- 4.26. Epidemias e pandemias, desde que declaradas pelo órgão competente ou envenenamento de

- caráter coletivo;
- 4.27. O dano moral;
- 4.28. Indenizações punitivas;
- 4.29. Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, por seus beneficiários, pelo representante de um ou de outro ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores ou beneficiários do Estipulante ou seus respectivos representantes;
- 4.30. 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;
- 4.31. Eventos não decorrentes de risco coberto pelas coberturas contratadas.

CLÁUSULA 5^a - CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado para cada uma das coberturas contratadas será definido na Apólice.
- 5.2. Os capitais segurados contratados poderão sofrer atualizações ou recálculos, bem como os respectivos prêmios, desde que expressamente convencionado nas demais condições da apólice.

CLÁUSULA 6^a - ATUALIZAÇÃO DE VALORES

- 6.1. DA ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS
- 6.1.1. Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste contrato, quando aplicável, o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 6.1.2. Caso o Conselho Monetário Nacional deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionados às metas de inflação, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.
- 6.1.3. As contratações com vigência inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e capitais segurados.
- 6.1.4. Quando aplicável, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação do índice no correspondente período anual.
- 6.1.5. Para as coberturas de morte ou invalidez custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, os capitais segurados deverão ser atualizados desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.
- 6.1.6. Alternativamente ao critério de atualização pelo IPCA-IBGE, será facultado o recálculo do capital segurado e prêmios com base na variação de valores pré definidos (salários, mensalidades escolares ou associativas, etc), desde que esta condição esteja expressa nas Propostas, Contrato, Apólice e Certificados.
- 6.2. DA ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS
- 6.2.1. Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 6.1.1 destas condições a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:
- 6.2.1.1. No caso de cancelamento do contrato, os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
- 6.2.1.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.
- 6.2.2. Caso o pagamento da indenização não seja efetuado conforme disposto no subitem 11.8 da CLÁUSULA 11 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO, o valor da mesma será atualizado monetariamente pela variação positiva do índice estabelecido no item 6.1.1 destas condições, acrescido de juros de mora de 1º (um por cento) ao mês. Para efeito deste item, serão consideradas as seguintes datas de exigibilidade:
- 6.2.2.1. Para as coberturas de indenização por acidentes pessoais, a data do acidente;
- 6.2.2.2. Para as coberturas cuja indenização corresponda ao reembolso de

- 6.2.2.3. despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo Segurado; Para as coberturas de incapacidade temporária ou internação hospitalar decorrentes de doença, a data indicada na declaração do médico assistente;
- 6.2.2.4. Para as demais coberturas, a data da ocorrência do evento.
- 6.2.3. A atualização de que tratam os itens 6.2.1 e 6.2.2 destas Condições Gerais será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 6.2.4. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo para esse fim, e serão contados a partir do primeiro dia posterior a tal prazo.

CLÁUSULA 7^a - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por MORTE e pelas coberturas de INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, se contratadas, não se acumulam.

- 7.1. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida por Morte, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para Morte.
- 7.2. Tendo sido paga indenização decorrente de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado, este será automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 8^a – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 8.1. As coberturas deste seguro são extensivas a todo o globo terrestre, com exceção das Coberturas de Perda de Renda por Desemprego (PRD) e Auxílio Complementar por Incapacidade Temporária (ACIT), quando contratadas, cujo âmbito geográfico está restrito ao território brasileiro.
- 8.2. Este produto foi elaborado para atender aos clientes residentes no Brasil. Caso o Segurado opte por mudar de país durante a vigência da apólice, talvez o produto deixe de ser adequado às suas exigências, em razão das leis e normas obrigatórias existentes naquela jurisdição. Por essa razão, é imprescindível que a Seguradora seja informada acerca de qualquer alteração de residência do Segurado, durante a vigência da apólice, para que a mudança seja eficaz.
- 8.3. Neste sentido, após consentimento do Segurado, caso lhe seja interessante, a Seguradora poderá transferir seus dados cadastrais para outra entidade pertencente ao Grupo Zurich para oferecer um produto adequado a nova realidade do Segurado, com o intuito sempre de oferecer-lhe o melhor.
- 8.4. A Seguradora não oferece consultoria fiscal, sendo aconselhável, portanto, que o Segurado busque as orientações fiscais necessárias relativas à mudança de residência. A Seguradora não será responsável por quaisquer consequências fiscais suportadas pelo Estipulante ou Segurado da apólice, em razão da alteração do país de residência.

CLÁUSULA 9^a - CARÊNCIA

- 9.1. A existência de carência será estabelecida nos textos das coberturas contratadas e o período de carência, se houver, será estabelecido na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, na Apólice e no Certificado Individual.
- 9.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso, bem como sobre os aumentos de capitais solicitados após o início de vigência do risco.
- 9.3. Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, cuja carência é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução, depois de suspenso, bem como sobre os aumentos de capitais solicitados após o início de vigência do risco.

- 9.4. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência, exceto quando houver aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.
- 9.5. Se suspenso ou 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 na Apólice.
- 9.6. 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.
- 9.7. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura individual.
- 9.8. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

CLÁUSULA 10 - PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO

- 10.1. O segurado e/ou seu beneficiário deve(m) tomar medidas para evitar ou minimizar prejuízos, avisar prontamente a seguradora e fornecer informações sobre o sinistro. O descumprimento doloso desses deveres resulta na perda do direito à indenização, enquanto o descumprimento culposo implica perda parcial.
- 10.2. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de decair do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro, acompanhados de todos os elementos e documentos a respeito da existência de cobertura.
- 10.3. A seguradora poderá solicitar documento(s) complementar(s), de forma justificada, conforme determinado em legislação vigente.
- 10.4. Solicitados documentos complementares, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação, conforme legislação vigente.
- 10.5. Em caso de recusa da cobertura securitária, esta deve ser expressa e motivada, não podendo a seguradora inovar posteriormente o fundamento, salvo quando, depois da recusa, vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.
- 10.6. Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital Estipulado. Durante o prazo de liquidação de sinistro, a seguradora também pode solicitar documentos complementares conforme legislação vigente.
- 10.7. Caso haja atraso no pagamento da indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na atualização monetária.
- 10.8. A mora da seguradora fará incidir multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, conforme prazos máximos previstos em legislação vigente.
 - 10.8.1. A atualização monetária será conforme previsto no Parágrafo único do art. 389 do código civil: “*Não cumprida a obrigação, responde o devedor por perdas e danos, mais juros, atualização monetária e honorários de advogado.* (Redação dada pela Lei nº 14.905, de 2024) Produção de efeitos. Parágrafo único. Na hipótese de o índice de atualização monetária não ter sido convencionado ou não estar previsto em lei específica, será aplicada a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), apurado e divulgado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou do índice que vier a substituí-lo.”
- 10.9. **O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial.**
- 10.10. Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora. O resarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 10.11. **As cópias de documentos simples e autenticadas entregues à Seguradora para análise do**

- sinistro passam a ser de propriedade da mesma, não sendo devida a devolução de quaisquer destes documentos a quem quer que seja, mesmo que a análise resulte em negativa da cobertura. Documentos originais recebidos para análise de cobertura, quando não forem estritamente relacionadas ao seguro, poderão ser, mediante solicitação expressa, devolvidos ao beneficiário ou a quem de direito.**
- 10.12. Da comunicação antes referida, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro e outras informações relevantes.
- 10.13. A comunicação na forma das cláusulas anteriores não exonera o Segurado ou seu beneficiário da obrigação de apresentar o Aviso de Sinistro, o mais rápido possível, e entregar à Seguradora todos os demais documentos pertinentes ao sinistro, conforme CLÁUSULA 11 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO, destas Condições Gerais.
- 10.14. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

CLÁUSULA 11 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO

- 11.1. O pagamento de qualquer indenização com base neste seguro somente poderá ser efetuado após o Segurado ou Beneficiário ter provado satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas necessárias à elucidação do mesmo.
- 11.2. Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 11.3. Todas as despesas efetuadas com a comprovação ou apuração do sinistro e com os documentos de habilitação efetivamente necessários a essa comprovação ou apuração, correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 11.4. As cópias de documentos simples e autenticadas entregues à Seguradora para análise do sinistro passam a ser de propriedade da mesma, não sendo devida a devolução de quaisquer destes documentos a quem quer que seja, mesmo que a análise resulte em negativa da cobertura. Documentos originais recebidos para análise de cobertura, quando não forem estritamente relacionados ao seguro, poderão ser, mediante solicitação expressa, devolvidos ao Segurado ou aos beneficiários.
- 11.5. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente à cargo da Seguradora.
- 11.6. A Seguradora poderá exigir também, do Segurado ou de seus Beneficiários, documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais ou processos relacionados com o sinistro.
- 11.7. Para rápida regulação do sinistro, envolvendo qualquer uma das coberturas contratadas, deverão ser apresentados os documentos básicos especificados nos textos das mesmas, e, se houver, os constantes nas demais condições da apólice, **ficando ressalvado o direito da Seguradora de solicitar quaisquer outros documentos necessários, se existir dúvida fundada e justificável.**
- 11.8. Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital Estipulado. Durante o prazo de liquidação de sinistro, a seguradora também pode solicitar documentos complementares conforme legislação vigente.
- 11.9. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 11.9.1. A junta médica acima mencionada será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 11.9.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado: os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 11.9.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

CLÁUSULA 12 - FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

As indenizações serão pagas sob a forma de parcela única, salvo disposição em contrário nas cláusulas das coberturas contratadas.

CLÁUSULA 13 – DECLARAÇÕES / ALTERAÇÕES / COMUNICAÇÕES

- 13.1. As declarações prestadas pelo Estipulante, pelo Segurado e/ou pelo Corretor de Seguros, na proposta e nos demais documentos necessários à apreciação do risco proposto à Seguradora, servem de base à aceitação e realização deste seguro.
- 13.2. Os formulários que a Seguradora põe à disposição do Segurado, quer como parte integrante da proposta, como documentos anexos à mesma ou sob a forma de questionários sobre o estado de saúde, atividades profissionais, ocupacionais, desportivas ou sobre a situação patrimonial e financeira do Segurado, constituem elementos facilitadores das declarações a prestar.
- 13.3. Nenhuma alteração neste seguro será válida se não for feita por escrito, com a concordância das partes contratantes.
- 13.4. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

CLÁUSULA 14 – PERDA DE DIREITOS

Sem prejuízo do que consta nas demais condições deste seguro e do que em lei esteja previsto, o direito à indenização ficará prejudicado, sem restituição de prêmio, se:

- 14.1. Houver fraude ou tentativa de fraude comprovada, no ato da contratação ou durante toda a vigência da apólice, simulando ou provocando um sinistro, ou, ainda, agravando suas consequências, por parte do Segurado, de seus beneficiários, do representante de um ou de outro, de seu corretor de seguros ou do Estipulante (seus controladores, dirigentes e administradores).
- 14.2. A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Estipulante, segurado por si ou por 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, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido, sendo que:

Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do Segurado, a Seguradora poderá adotar um dos procedimentos abaixo:

- 14.2.1. Na hipótese de não ocorrência de 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.
- 14.2.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
 - a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- 14.2.3. Na hipótese da ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.
- 14.3. O segurado deve comunicar à seguradora relevante agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento.
- 14.4. Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato, hipótese em

- que este perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução.
- 14.5. O segurado que dolosamente descumprir o(s) dever(s) previsto(s) nestas condições contratuais, perde a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de resarcir as despesas incorridas pela seguradora.
- 14.6. O segurado que culposamente descumprir o dever previsto nestas condições contratuais fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder à tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, não fará jus à garantia.
- 14.7. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.
- 14.8. 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.
- 14.8.2. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

CLÁUSULA 15 - CANCELAMENTO E RESCISÃO

- 15.1. O presente seguro será cancelado ou rescindido:
- 15.1.1. A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.
- 15.1.2. No caso de falta de pagamento do prêmio, observado o disposto nas **Cláusulas 18 – RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO e 19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO**.
- 15.1.3. No caso de agravamento de risco individual, a Seguradora, desde que o faça nos 25 (vinte e cinco) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro, excluindo-o da apólice. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta dias) após a notificação.
- 15.1.4. Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a esta apólice e se constatada uma das hipóteses previstas na **CLÁUSULA 14 - PERDA DE DIREITOS**.
- 15.2. Este seguro, se pago o prêmio em parcela única, também poderá ser cancelado, total ou parcialmente, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes:
- 15.2.1. Se a pedido do Segurado, a Seguradora reterá o prêmio de acordo com a tabela de prazo curto da **CLÁUSULA 18 – RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO** destas condições. Para prazos não previstos na referida tabela, deverão ser utilizados percentuais correspondentes aos prazos imediatamente superiores.
- 15.2.2. Se por iniciativa da Seguradora, a mesma restituirá ao Segurado a parte do prêmio líquido recebido proporcional ao tempo não decorrido (na base pró-rata dia), a contar da data do cancelamento.
- 15.3. Em qualquer das situações acima, **não será devida** a devolução do custo de emissão da Seguradora (custo de apólice) e dos juros de parcelamento, se houver, processando-se o cálculo sobre o prêmio líquido da apólice.

CLÁUSULA 16 - CUSTEIO DO SEGURO

De acordo com as demais condições da apólice, este seguro pode ser:

- 16.1. **Não contributário**, em que os Segurados não pagam os prêmios, devidos exclusivamente pelo Estipulante, ou
- 16.2. **Contributário**, em que os Segurados pagam prêmios, total ou parcialmente, mediante recolhimento sob a responsabilidade do Estipulante.

CLÁUSULA 17 – CÁLCULO DO PRÊMIO

- 17.1. O valor e a forma de cálculo do prêmio serão definidos na Apólice.
- 17.2. Sem prejuízo do disposto no item 17.1., poderão ser aplicáveis, conforme indicado nas demais condições e na apólice:
 - 17.2.1. Prêmios adicionais para cobertura de eventos previstos nas exclusões mencionadas na **CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS** destas Condições Gerais ou nas exclusões das coberturas adicionais contratadas, desde que aceitos expressamente pela Seguradora.
 - 17.2.2. Prêmios adicionais por risco agravado, desde que aceito, resultante de, por exemplo, doença ou incapacidade preexistente, ou por existirem fatores de risco presentes que possam condicionar ou agravar o seu estado de saúde ou a probabilidade de ocorrência de acidente, tais como os resultantes de hábitos e modos de vida e os de ordem profissional, ocupacional ou desportiva.
- 17.3. Fazem parte do prêmio todos os encargos que incidam sobre o mesmo.
- 17.4. Os prêmios poderão ser recalculados anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado. Não obstante, a Seguradora se reserva o direito de recalcular o prêmio a qualquer tempo, caso venha a ocorrer alteração significativa no grupo segurado ou no resultado da apólice, que possa influir na taxa do seguro.
Caso sejam apresentadas novas condições ao Estipulante, este disporá do prazo de 60 (sessenta) dias contados a partir de sua recepção, para recusá-las ou renegociá-las, respeitado o disposto no item 13.4.

CLÁUSULA 18 - RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 18.1. O recolhimento dos prêmios devidos pelos Segurados será realizado pelo Estipulante, ou quem este designar para tanto, respeitando-se as seguintes disposições:
 - 18.1.1. O recolhimento dos prêmios devidos pelo Segurado será efetuado automaticamente por meio de faturas, débito automático em conta corrente, débito em folha de pagamento, cartão de crédito ou outros documentos de arrecadação que o Estipulante emita contra o Segurado que tenha aderido ao presente seguro.
 - 18.1.2. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, mensalmente, ou parceladamente, mediante acordo entre as partes.
 - 18.1.3. 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.
 - 18.1.4. O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do segurado retira do estipulante ou consignante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, passando o próprio segurado a responder pelo recolhimento do valor dos prêmios sob sua responsabilidade, caso possua interesse na continuidade da cobertura.
 - 18.1.5. Constará explicitamente dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos segurados, o prêmio do seguro, a seguradora responsável e obrigatoriamente, quando for o caso, as seguintes informações:
 - I – a falta de pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento do seguro;
 - II - a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderão implicar o cancelamento do contrato de seguro, nos termos da Cláusula de Recolhimento e Pagamento do Prêmio constante nas condições contratuais do seguro.
- 18.2. Quando a forma de pagamento do Prêmio do seguro for mensal ou fracionada e o valor do Prêmio de seguro das demais parcelas, seguintes a primeira, não for(em) quitado(s) até a data estabelecida para o pagamento, as Coberturas do Seguro permanecerão válidas pelo período de 15 (quinze) dias, contados a partir da comunicação de inadimplência ao segurado. Esse período de 15 (quinze) dias será classificado como “Período de Tolerância”.

- 18.3. Durante este período, haverá Cobertura para eventuais Sinistros ocorridos, exceto se decorrentes de Riscos Excluídos ou Perda de Direito a indenização, sem prejuízo da consequente cobrança do Prêmio devido ficando ainda facultado a cobrança de juros conforme legislação vigente.
- 18.4. Após decorrido o prazo de 15 (quinze) dias, como disposto acima, o seguro ficará com a cobertura suspensa por até 90 (noventa) dias, a partir das 24 (vinte e quatro) horas do encerramento do prazo do “Período de Tolerância, e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.
- 18.5. A cobertura suspensa conforme item acima, será reabilitada após o pagamento do prêmio que deve ocorrer antes do encerramento do prazo do período de suspensão previsto nas condições contratuais do seguro. Fica facultado a cobrança de juros conforme legislação vigente.
- 18.6. A reabilitação da(s) cobertura(s) do seguro se dará(s) a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do Prêmio.
- 18.7. Decorrido o prazo total em dias, a partir da data de vencimento, conforme regra(s) disposta(s) nos subitens acima, sem que o pagamento do(s) prêmio(s) previsto(s) tenha(m) sido efetuado(s), o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.
 - 18.7.1. Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela Seguradora, descontando o período, “pro-rata-temporis”, em que vigorou a cobertura.
- 18.8. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos às atualizações monetárias a partir da data de recebimento, até a data da devolução, a atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis serão aquelas determinadas em Lei.
 - 18.8.1. A atualização monetária e a taxa de juros aplicáveis serão aquelas determinadas em Lei.
- 18.9. De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao Segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do seguro, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.
- 18.10. A ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo Estipulante de Seguros não causará qualquer prejuízo aos Segurados ou Beneficiários no que se refere às coberturas e demais direitos contemplados pelo plano.
- 18.11. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.
- 18.12. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.
 - 18.12.1. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, podendo o prêmio devido ser abatido da indenização.
- 18.13. Os prêmios recolhidos na forma acima serão pagos pelo Estipulante à Seguradora, respeitando-se, ainda, as seguintes disposições:

- 18.13.1. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão das coberturas;
 - 18.13.2. Mensalmente, ou nos períodos indicados na apólice, com base nos seguros vigentes e prêmios devidos, a Seguradora encaminhará fatura de cobrança ao Estipulante onde constará o nome do mesmo, o valor do prêmio, a data de emissão do documento de cobrança, o número da apólice/endosso e a data limite para o pagamento;
 - 18.13.3. A data limite para pagamento do prêmio à vista ou da 1ª parcela do fracionamento, se houver, não poderá ultrapassar o 30º dia da emissão da apólice, da fatura ou endossos dos quais resulte cobrança de prêmio.
- 18.14. A Seguradora informará ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que solicitado.
- 18.15. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do 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.
Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

CLÁUSULA 19 - SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

- 20.1. Quando a forma de pagamento do Prêmio do seguro for mensal ou fracionada e o valor do Prêmio de seguro das demais parcelas, seguintes a primeira, não for(em) quitado(s) até a data estabelecida para o pagamento, as Coberturas do Seguro permanecerão válidas pelo período de 15 (quinze) dias, contados a partir da comunicação de inadimplência ao segurado. Esse período de 15 (quinze) dias será classificado como “Período de Tolerância”.
- 20.2. Durante este período, haverá Cobertura para eventuais Sinistros ocorridos, , exceto se decorrentes de Riscos Excluídos ou Perda de Direito a indenização, sem prejuízo da consequente cobrança do Prêmio devido ficando ainda facultado a cobrança de juros conforme legislação vigente.
- 20.3. Após decorrido o prazo de 15 (quinze) dias, como disposto acima, o seguro ficará com a cobertura suspensa por até 90 (noventa) dias, a partir das 24 (vinte e quatro) horas do encerramento do prazo do “Período de Tolerância”, e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.
- 20.4. A cobertura suspensa conforme item acima, será reabilitada após o pagamento do prêmio que deve ocorrer antes do encerramento do prazo do período de suspensão previsto nas condições contratuais do seguro. Fica facultado a cobrança de juros conforme legislação vigente.
- 20.5. A reabilitação da(s) cobertura(s) do seguro se dará(s) a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do Prêmio.
- 20.6. Decorrido o prazo total em dias, a partir da data de vencimento, conforme regra(s) disposta(s) nos subitens acima, sem que o pagamento do(s) prêmio(s) previsto(s) tenha(m) sido efetuado(s), o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.
- 20.7. A cobertura suspensa conforme item acima, será reabilitada após o pagamento do prêmio que deve ocorrer antes do encerramento do prazo do período de suspensão previsto nas condições contratuais do seguro. Fica facultado a cobrança de juros conforme legislação vigente.
- 20.8. A reabilitação da(s) cobertura(s) do seguro se dará(s) a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do Prêmio.

- 20.9. Decorrido o prazo total em dias, a partir da data de vencimento, conforme regra(s) disposta(s) nos subitens acima, sem que o pagamento do(s) prêmio(s) previsto(s) tenha(m) sido efetuado(s), o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.
- 20.10. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado ou Estipulante nos prazos estipulados nas condições contratuais poderá acarretar o cancelamento da apólice ou certificado individual a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança.
- 20.11. No caso de não ocorrer o cancelamento imediato da apólice ou do certificado individual por inadimplência do segurado ou do estipulante será adotada uma das seguintes hipóteses, conforme determinado nas condições contratuais:
- As coberturas deste seguro serão mantidas durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao beneficiário; ou
 - As coberturas deste seguro estarão suspensas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento do prêmio não pago e, no caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.

CLÁUSULA 20 - PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos estabelecidos na legislação em vigor, opera-se a prescrição.

CLÁUSULA 21 - PRAZO DE VIGÊNCIA, ACEITAÇÃO E NORMAS DE RENOVAÇÃO

- 21.1. A apólice emitida em nome do Estipulante vigorará pelo prazo indicado na mesma e terá seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas dos dias indicados para tal fim, sendo renovada automaticamente, pelo mesmo prazo, conforme legislação vigente, ao fim do período de vigência, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio. Adicionalmente, deverão ser obedecidos os seguintes critérios:
- 21.1.1. A contratação ou alteração do contrato de seguro só poderá ser feita mediante proposta preenchida, datada e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou, ainda, mediante expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora de seu recebimento.
- 21.1.2. 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.
- 21.1.3. As propostas de contratação e de adesão deverão conter os elementos essenciais à análise do risco, estando a aceitação do seguro sujeita à referida análise.
- 21.1.4. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuênciam prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado.
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.
- 21.1.6. Se a seguradora não tiver interesse em renovar a apólice ou o certificado individual, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 21.1.7. Renovações posteriores à renovação automática deverão ocorrer conforme legislação vigente.
- 21.1.8. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para aceitação ou recusa da proposta, contados da data de seu recebimento, seja para seguro novo, renovação ou alterações que impliquem modificação do risco.
- 21.1.9. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita conforme legislação vigente. Neste caso, o prazo

- de aceitação ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 21.1.10. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora quanto a não aceitação da proposta, no prazo de regulatório, caracterizará a aceitação tácita do seguro.
- 21.1.11. Em caso de aceitação de proposta de contratação sem pagamento de prêmio, observado o prazo de aceitação, considerar-se-á, como início de vigência, a data indicada na proposta de contratação, ou, na falta desta e para as propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, a data de recebimento da mesma pela Seguradora.
- 21.1.12. Caso a aceitação da proposta dependa da contratação da cobertura de resseguro facultativo, o prazo previsto no subitem 21.1.8 ficará suspenso, até que o ressegurador se manifeste formalmente. Ainda, dentro daquele prazo, a Seguradora informará, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros, sobre a inexistência de cobertura. Não haverá cobrança de prêmio, total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta de contratação.
- 21.2. Início de vigência da cobertura individual:**
- 21.2.1. Poderão aderir ao seguro os proponentes do grupo segurável com qualificação e limite de idade indicados na apólice.
- 21.2.2. A cobertura do risco individual começa a vigorar a partir da data de início de vigência da apólice para o grupo segurado já existente naquela data, respeitando-se as condições para adesão estabelecidas nas condições contratuais.
- 21.2.3. Para os novos proponentes e para as alterações de coberturas ou capitais segurados, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão.
- 21.2.4. Após o recebimento da Proposta de Adesão e demais documentos necessários discriminados na mesma, o seguro individual deverá ser aceito ou recusado no máximo em 15 (quinze) dias contados do recebimento da documentação pela Seguradora.
- 21.2.5. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora quanto a não aceitação da Proposta de Adesão, no prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita do seguro individual.
- 21.2.6. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, conforme disposto nos itens anteriores, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 21.2.4 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. A solicitação de documentos complementares de que trata este item poderá ser feita apenas uma vez.
- 21.2.7. Para fins de análise e aceitação de seguro individual, a Seguradora poderá solicitar ao Segurado ou ao Estipulante, informações quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.
- 21.2.8. A partir do recebimento das informações solicitadas no subitem 21.2.6., será reiniciada a contagem dos 15 (quinze) dias para aceitação ou recusa da Proposta de Adesão, nos termos dos itens 21.2.4 e 21.2.5.
- 21.2.9. Se a venda for via telemarketing, a cobertura será aceita ou recusada no máximo em 15 dias da data da solicitação de adesão ao seguro.
- 21.2.10. As contratações eletrônicas poderão ser assinadas digitalmente desde que sejam utilizados certificados digitais emitidos no âmbito da Infra-estrutura de Chaves Públicas (ICP-Brasil) e sejam identificadas com a data e hora de envio e recebimento.
- 21.2.11. Caberá ao Estipulante ou à Seguradora, fornecer ao proponente o protocolo que identifique a proposta de adesão recepcionada.
- 21.3. O término de vigência de cada seguro individual, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, ocorrerá:
- No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, ou no final do prazo de vigência da cobertura individual, se ocorrer antes do final da apólice e não for renovada na própria apólice;
 - Com o falecimento do Segurado principal;
 - Com o desaparecimento do vínculo com o Estipulante;

- d) Quando a Seguradora recusar a manutenção de um segurado após recebimento de informações sobre a agravamento do risco, nos termos do item 15.1.3 da CLÁUSULA 15 - CANCELAMENTO E RESCISÃO;
 - e) Quando o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da apólice;
 - f) Quando o Segurado for excluído da apólice por falta de pagamento do prêmio.
Caso haja diferença de prêmio a devolver para as situações descritas nas alíneas b), c), e e) anteriores, esta será restituída ao Segurado ou beneficiário, conforme o caso, atualizada monetariamente, na base pro-rata dia, nos termos da CLÁUSULA 6ª - ATUALIZAÇÃO DE VALORES.
- 21.4. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor à Seguradora para pagamento parcial ou total do prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa e será restituído ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 21.5. É obrigatória a emissão e envio ao Segurado do certificado Individual pela Seguradora no início do seguro e em cada uma das renovações subsequentes.

CLÁUSULA 22 - BENEFICIÁRIOS

Salvo se as Condições Especiais ou Particulares deste seguro dispuserem de outro modo, a designação de Beneficiários da Apólice constará nos textos de cada cobertura contratada.

CLÁUSULA 23 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 23.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais, são, ainda, obrigações do Estipulante e do Consignante:
- 23.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais dos proponentes, nos prazos acordados.
 - 23.1.2. Manter a Seguradora informada, durante toda a vigência do seguro, a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente.
 - 23.1.3. Fornecer, ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
 - 23.1.4. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida no subitem 18.5. da CLÁUSULA 18 - RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO, quando a arrecadação deste for de sua responsabilidade.
 - 23.1.5. Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente.
 - 23.1.6. Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - 23.1.7. Informar a razão social da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações entregues ao Segurado e em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao seu, bem como o número do Processo SUSEP deste plano e o nome e percentual de participação no risco de cada Seguradora, no caso de co-seguro.
 - 23.1.8. Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.
 - 23.1.9. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros.
 - 23.1.10. Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.
 - 23.1.11. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela

- estabelecido.
- 23.1.2. Nos seguros contributários, na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, 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.
- 23.2. Nos seguros contributários, é expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-Estimulante:
- 23.2.1. Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora.
 - 23.2.2. Rescindir o contrato sem a anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
 - 23.2.3. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado.
 - 23.2.4. Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a esses produtos;
- 23.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a suspensão da cobertura e, na ocorrência de sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos prêmios recolhidos junto aos segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais.
- 23.4. Nos seguros com previsão de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar quaisquer prejuízos aos Segurados ou respectivos Beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

CLÁUSULA 24 – CUSTOS NÃO COMPREENDIDOS NO SEGURO

Não estão compreendidos na cobertura concedida pelo presente seguro os custos abaixo mencionados decorrentes de:

- a) Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

Fica entendido e acordado que quaisquer medidas tomadas pela Seguradora não implicarão reconhecer-se ela obrigada a indenizar os danos ocorridos.

CLÁUSULA 25 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda utilizadas por quaisquer das partes deste contrato, deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições deste plano de seguro.

CLÁUSULA 26 - FORO

Fica eleito o Foro do domicílio do Segurado ou beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato de seguro. Na hipótese de inexistir relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto nesta cláusula.

CLÁUSULA 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.

CLÁUSULA 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>. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (AA)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao Beneficiário, caso ocorra a morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 2^a - RISCOS COBERTOS

Está coberta a Morte do Segurado, causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4^a - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice.
- 4.2. A indenização objeto desta Cobertura é cumulativa, por Segurado, com a cobertura de Morte Acidental e com a Cobertura de Auxílio Funeral, quando contratadas.
- 4.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

CLÁUSULA 5^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO POR MORTE, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Ficha de cadastro, se funcionário, ou proposta de adesão ao seguro;
- e) Comprovante de recolhimento do prêmio do período referente à data do acidente, para fins de verificação;
- f) Documentos dos Beneficiários:
 - Todos: comprovante de endereço, número de telefone
 - Cônjugue: cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
 - Companheira(o): cópia da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento;
 - Filhos: cópia da Certidão de Nascimento; e
 - Pais e outros: cópia da Carteira de Identidade e CPF.
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h) Cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
- j) Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 6^a - BENEFICIÁRIOS

- 6.1. Os beneficiários deste seguro serão designados livremente pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 6.2. Para fins de identificação do(s) beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 6.3. Não pode ser instituído beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.
- 6.4. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.
- 6.5. Não prevalecendo nenhuma das hipóteses acima, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 6.6. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.
- 6.7. Se o segurado indicar mais de um beneficiário e um deles vier a falecer antes do segurado, a parte que caberia ao beneficiário pré-morto reverterá em favor do(s) outro(s) beneficiário(s) indicado(s) na mesma proporção indicada pelo segurado para recebimento do capitalsegurado.
- 6.8. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

CLÁUSULA 7^a - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO COMPLEMENTAR POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (ACIT)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir ao trabalhador Segurado um benefício complementar salarial em relação ao auxílio garantido pela Previdência Social, dentro dos limites estabelecidos no contrato, no caso de afastamento temporário decorrente de acidente ou doença, ocorrido durante a vigência da apólice, de acordo com os riscos cobertos e condições contratuais.

CLÁUSULA 2^a - RISCOS COBERTOS

- 2.1. O risco coberto por esta garantia é o afastamento por doença ou acidente do segurado, ocorrido durante a vigência do seguro, que gere necessidade de interrupção temporária e involuntária de exercer sua atividade profissional por um período contínuo e ininterrupto superior ao período de franquia, comprovada nos termos determinados pela Previdência Social.
- 2.2. Esta cobertura é aplicável exclusivamente a Segurados com vínculo empregatício e registro em Carteira de Trabalho.
- 2.3. Retornando às suas atividades laborativas, o segurado não poderá usufruir novamente do benefício desta garantia em prazo inferior ao estipulado na apólice, contados da data de seu **retorno do último afastamento**.
- 2.4. 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 tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4^a - FRANQUIA

- 4.1. A franquia será estabelecida na apólice e não poderá ser superior a 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico.
- 4.2. O Segurado somente terá direito à complementação salarial de que trata esta cobertura no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida na apólice, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.

CLÁUSULA 5^a - CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado é a importância máxima mensal a ser indenizada, conforme estabelecido na Apólice, vigente na data do evento.
- 5.2. Em períodos inferiores a 30 (trinta) dias, além da franquia estabelecida na apólice, a indenização será paga de forma proporcional ao número de dias de afastamento.
- 5.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do afastamento do Segurado de suas atividades profissionais, devidamente comprovada.
- 5.4. O período máximo de recebimento deste auxílio será estabelecido na proposta e apólice.

CLÁUSULA 6^a - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Estão cobertos os eventos ocorridos no Brasil.

CLÁUSULA 7^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:
 - a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
 - b) Cópia da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado;
 - c) Carteira de Trabalho, Contrato de Trabalho ou outro documento oficial que comprove o vínculo empregatício do Segurado junto ao Estipulante, quando o vínculo for empregatício;
 - d) Comprovante de recolhimento do prêmio do período referente à data do acidente ou do afastamento por doença, para fins de verificação;
 - e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - f) Cópias 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.
 - g) Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
 - h) Exames médicos complementares realizados;
 - i) Declaração do segurado com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.
- 7.2. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

CLÁUSULA 8^a - BENEFICIÁRIO

As indenizações decorrentes desta cláusula serão pagas ao próprio Segurado.

CLÁUSULA 9^a - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AF)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao Beneficiário, caso ocorra a morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 2^a - RISCOS COBERTOS

Está coberta a Morte do Segurado, causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4^a - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice.
- 4.2. A indenização objeto desta Cobertura é cumulativa, por Segurado, com a cobertura de Morte Acidental e com a Cobertura de Auxílio Alimentação, quando contratadas.
- 4.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

CLÁUSULA 5^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO POR MORTE, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- e) Notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- f) Declaração do consultente/beneficiário com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.
- g) Comprovante de recolhimento do prêmio do período referente à data do acidente, para fins de verificação;
- h) Documentos dos Beneficiários:
 - Todos: comprovante de endereço, número de telefone
 - Cônjuge: cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
 - Companheira(o): cópia da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento;
 - Filhos: cópia da Certidão de Nascimento; e
 - Pais e outros: cópia da Carteira de Identidade e CPF.
- i) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- j) Cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- k) Cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
- l) Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- m) cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se hou

CLÁUSULA 6^a - BENEFICIÁRIOS

- 6.1. Os beneficiários deste seguro serão designados livremente pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 6.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 6.3. Não pode ser instituída Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.
- 6.4. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.
- 6.5. Não prevalecendo nenhuma das hipóteses acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 6.6. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.
- 6.7. Se o segurado indicar mais de um beneficiário e um deles vier a falecer antes do segurado, a parte que caberia ao beneficiário pré-morto reverterá em favor do(s) outro(s) beneficiário(s) indicado(s) na mesma proporção indicada pelo segurado para recebimento do capitalsegurado.
- 6.8. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

CLÁUSULA 7^a - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL ADICIONAL (AFA)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao Beneficiário, caso ocorra a morte do Segurado Adicional indicado em consequência de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 2^a - RISCOS COBERTOS

Está coberta a Morte do Segurado Adicional indicado, causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

Entende-se por Segurado Adicional pessoa indicada pelo Segurado Principal para efeitos desta cobertura, podendo residir com o mesmo, manter relações de parentesco ou trabalho, conforme definido na apólice.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4^a - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice.
- 4.2. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

CLÁUSULA 5^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO POR MORTE, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- e) Notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- f) Declaração do consultente/beneficiário com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.
- g) Ficha de cadastro, se funcionário;
- h) Comprovante de recolhimento do prêmio do período referente à data do acidente, para fins de verificação;
- i) Documentos dos Beneficiários:
 - Todos: comprovante de endereço, número de telefone
 - Cônjugue: cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
 - Companheira(o): cópia da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento;
 - Filhos: cópia da Certidão de Nascimento; e
 - Pais e outros: cópia da Carteira de Identidade e CPF.
- j) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- k) Cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- I) Cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
- m) Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- n) cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

CLÁUSULA 6^a - BENEFICIÁRIOS

- 6.1. Os beneficiários deste seguro serão designados livremente pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 6.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 6.3. Não pode ser instituída Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.
- 6.4. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.
- 6.5. Não prevalecendo nenhuma das hipóteses acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 6.6. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.
- 6.7. Se o segurado indicar mais de um beneficiário e um deles vier a falecer antes do segurado, a parte que caberia ao beneficiário pré-morte reverterá em favor do(s) outro(s) beneficiário(s) indicado(s) na mesma proporção indicada pelo segurado para recebimento do capitalsegurado.
- 6.8. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

CLÁUSULA 7^a - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (ASF)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o reembolso das despesas com o funeral ao Beneficiário, caso ocorra a morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 2^a - RISCOS COBERTOS

Está coberta a Morte do Segurado, causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

CLÁUSULA 3^a - DESPESAS COBERTAS

Está garantido o reembolso de quaisquer despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do Segurado, devidamente comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, até o limite do capital segurado contratado, **exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.**

CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 5^a - CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice.
- 5.2. A indenização objeto desta Cobertura é cumulativa, por Segurado, com a cobertura de Morte Acidental e com a Cobertura de Auxílio Alimentação, quando contratadas.
- 5.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

CLÁUSULA 6^a - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

- 6.1. Por opção do Beneficiário, em substituição ao reembolso das despesas garantidas por esta cobertura, a Seguradora oferecerá, através de empresa terceirizada e especializada, a prestação dos serviços de assistência funeral do Segurado, mediante solicitação à Seguradora ou à empresa prestadora dos serviços por ela indicada.
- 6.2. No caso da opção pela prestação dos serviços oferecidos pela Seguradora, estes estarão disponíveis 24 horas por dia, durante 365 dias do ano, também limitados ao capital segurado contratado, estando disponíveis os seguintes itens:
 - a) Caixão/Urna; carro para enterro; carro extra; serviço assistencial; registro de óbito; taxa de sepultamento ou cremação; remoção do corpo; paramentos; aparelho de ozona; mesa de condolências; velas; velório; véu; enfeite floral e coroas. **Os serviços de sepultamento ou cremação devem ser realizados no Brasil.**
 - b) Locação de Jazigo (intermediação, contatos e preparativos) – Nos casos em que a família do falecido não dispuser de local para sepultamento, a Seguradora se encarregará das providências para locação de um jazigo, por um período máximo de 3 (três) anos, a contar da data do falecimento. Esta cobertura está sujeita às condições e disponibilidades locais. **Os custos de aquisição, locação e manutenção do jazigo são de responsabilidade da família do Segurado e/ou procurador do mesmo.**

- 6.3. A prestação dos serviços não implica, por parte da Seguradora, no reconhecimento de que passem a ser devidas indenizações previstas por outras coberturas indicadas na apólice.
- 6.4. Para que a Seguradora se manifeste expressamente a respeito de outras coberturas previstas nas demais condições do seguro, é indispensável a apresentação, pelo Beneficiário, do aviso de sinistro e demais documentos, conforme previsto na CLÁUSULA 7^a desta cobertura.

CLÁUSULA 7^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO POR MORTE, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- e) Declaração do consultente/beneficiário com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.
- f) Ficha de cadastro, se funcionário;
- g) Comprovante de recolhimento do prêmio do período referente à data do acidente, para fins de verificação;
- h) Documentos dos Beneficiários:
 - Todos: comprovante de endereço, número de telefone
 - Cônuge: cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
 - Companheira(o): cópia da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento;
 - Filhos: cópia da Certidão de Nascimento; e
 - Pais e outros: cópia da Carteira de Identidade e CPF.
- i) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- j) Cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- k) Cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
- l) Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- m) cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

CLÁUSULA 8^a - BENEFICIÁRIOS

- 8.1. Os beneficiários deste seguro serão designados livremente pelo Segurado, na Proposta de Adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 8.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 8.3. Não pode ser instituída Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado;
- 8.4. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.
- 8.5. Não prevalecendo nenhuma das hipóteses acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência;
- 8.6. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados;
- 8.7. Se o segurado indicar mais de um beneficiário e um deles vier a falecer antes do segurado, a parte que caberia ao beneficiário pré-morto reverterá em favor do(s) outro(s) beneficiário(s)

- 8.8. indicado(s) na mesma proporção indicada pelo segurado para recebimento do capital segurado.
Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

CLÁUSULA 9^a - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMH)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de acidente pessoal abrangido pela Classe de Cobertura de DMH contratada e efetuadas pelo Segurado para seu imediato tratamento.

CLAUSULA 2^a - RISCOS COBERTOS

- 2.1. Está coberto o reembolso, limitado ao capital segurado da classe contratada, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, realizado sob orientação médica e iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias a partir da data de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do risco individual, incluindo o atendimento por especialistas, exames complementares, internações e cirurgias.
- 2.2. Cabe ao Segurado ou ao seu responsável legal a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 2.3. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.
- 2.4. A cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por acidente está dividida em cinco Classes:

Classe A – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMH)

Garante reembolso ao Segurado das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de acidente pessoal coberto, nos termos do item 3.2 das Condições Gerais.

Classe B – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas decorrente de Crime

Garante reembolso ao Segurado das despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência de crime contra a sua pessoa.

Entende-se como crime, para fins desta cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado o atendimento médico-hospitalar e/ou odontológico do Segurado.

Não estão cobertos por esta Classe os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.

Classe C – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Meio de Transporte Coletivo

Garante reembolso ao Segurado das despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência de acidente com meio de transporte coletivo do qual for passageiro, entendendo-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Classe D – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas decorrente de Acidente de Trânsito, exceto em Meio de Transporte Coletivo

Garante reembolso ao Segurado das despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência de acidente de trânsito, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi ou se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

Esta Classe de cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro) rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro

médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

Classe E – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas decorrente de Acidente no Domicílio
Garante reembolso ao Segurado das despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência de acidente pessoal sofrido no endereço de residência fixa e constante, inclusive áreas comuns de condomínio.

Não estão abrangidas pela cobertura do seguro as pessoas que estejam temporariamente de passagem pela residência especificada como endereço do Segurado, tais como visitantes, moradores esporádicos e prestadores de serviços eventuais.

- 2.5. Um Acidente Pessoal não poderá ser enquadrado em mais de uma Classe de cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas contratada, prevalecendo, para fins de indenização, o enquadramento do sinistro coberto na Classe A apenas se não encaixar-se em outra Classe contratada.
- 2.6. Em nenhuma hipótese haverá duplicidade de indenização, ainda que contratado o seguro em mais de uma Classe de cobertura.
- 2.7. O Capital Segurado da cobertura Classe A – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMH) deverá ser igual ou inferior ao menor Capital contratado para qualquer das demais classes, quando houver contratação simultânea de classes de cobertura de DMH.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões e/ou limitações previstas em cada uma das Classes descritas na CLÁUSULA 2^a acima e das exclusões constantes da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro estão, também, expressamente excluídas desta cobertura as despesas decorrentes:

- a) Da aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- b) Da prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;
- c) Da utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético.

CLÁUSULA 4^a - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para cada Classe desta Cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo evento.
- 4.2. Para fins de reembolso das despesas cobertas será considerado como limite de indenização o capital segurado vigente na data do acidente.
- 4.3. A comprovação das despesas médico-hospitalares e/ou odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação das contas originais das despesas e dos relatórios do médico responsável, sendo o reembolso efetuado até o limite estabelecido na apólice.
- 4.4. As despesas efetuadas no exterior serão resarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido e atualizadas monetariamente pela Seguradora de acordo com o constante na Apólice e na CLÁUSULA 6^a - ATUALIZAÇÃO DE VALORES das Condições Gerais, quando da liquidação do sinistro.
- 4.5. As indenizações objeto desta Cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 4.6. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente.

CLÁUSULA 5^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- 5.1. Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário e pelo

- 5.1. médico responsável, com a indicação do CRM;
- 5.2. Relatórios do médico assistente;
- 5.3. Comprovantes originais das despesas;
- 5.4. Cópias dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- 5.5. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- 5.6. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- 5.7. Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- 5.8. Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- 5.9. Declaração do consultente/beneficiário com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

CLÁUSULA 6^a - BENEFICIÁRIOS

O reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas cobertas é devido ao Segurado.

CLÁUSULA 7^a - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE(DMH) EXCLUSIVAMENTE PARA MENORES DE 14 ANOS

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de acidente pessoal abrangido pela Classe de Cobertura de DMH contratada e efetuadas para imediato tratamento dos segurados, menores de 14 (quatorze) anos.

CLAUSULA 2^a - RISCOS COBERTOS

- 2.1. Está coberto o reembolso, limitado ao capital segurado da classe contratada, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas para tratamento do menor Segurado, realizado sob orientação médica e iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias a partir da data de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do risco individual, incluindo o atendimento por especialistas, exames complementares, internações e cirurgias.
- 2.2. Cabe ao Segurado ou ao seu responsável legal a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 2.3. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.
- 2.4. A cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por acidente está dividida em cinco Classes:

Classe A – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMH)

Garante o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de acidente pessoal coberto, nos termos do item 3.2 das Condições Gerais.

Classe B – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas decorrente de Crime

Garante o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência de crime contra o Segurado.

Entende-se como crime, para fins desta cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado o atendimento médico-hospitalar e/ou odontológico do Segurado.

Não estão cobertos por esta Classe os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.

Classe C – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente em Meio de Transporte Coletivo Garante

o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência de acidente com meio de transporte coletivo do qual o Segurado for passageiro, entendendo-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Classe D – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas decorrente de Acidente de Trânsito, exceto em Meio de Transporte Coletivo

Garante o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência de acidente de trânsito, enquanto o Segurado for ocupante de veículo particular ou

táxi ou se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular. Esta Classe de cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro) rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

Classe E – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas decorrente de Acidente no Domicílio
Garante o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência de acidente pessoal sofrido pelo Segurado no endereço de residência fixa e constante, inclusive áreas comuns de condomínio.

Não estão abrangidas pela cobertura do seguro as pessoas que estejam temporariamente de passagem pela residência especificada como endereço do Segurado, tais como visitantes, moradores esporádicos e prestadores de serviços eventuais.

- 2.5. Um Acidente Pessoal não poderá ser enquadrado em mais de uma Classe de cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas contratada, prevalecendo, para fins de indenização, o enquadramento do sinistro coberto na Classe A apenas se não encaixar-se em outra Classe contratada.
- 2.6. Em nenhuma hipótese haverá duplicidade de indenização, ainda que contratado o seguro em mais de uma Classe de cobertura.
- 2.7. O Capital Segurado da cobertura Classe A – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMH) deverá ser igual ou inferior ao menor Capital contratado para qualquer das demais classes, quando houver contratação simultânea de classes de cobertura de DMH.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões e/ou limitações previstas em cada uma das Classes descritas na CLÁUSULA 2^a acima e das exclusões constantes da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro estão, também, excluídas desta cobertura as despesas decorrentes das circunstâncias abaixo, exceto se decorrentes da invalidez permanente total ou parcial por acidente do menor segurado:

- a) Aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- b) Prática pelo Segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, RPG (Reeducação Postural Global), Holfing e Terapia Ocupacional;
- c) Utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético.

CLÁUSULA 4^a - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para cada Classe desta Cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo evento.
- 4.2. Para fins de reembolso das despesas cobertas será considerado como limite de indenização o capital segurado vigente na data do acidente.
- 4.3. A comprovação das despesas médico-hospitalares e/ou odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação das contas originais das despesas e dos relatórios do médico responsável, sendo o reembolso efetuado até o limite estabelecido na apólice.
- 4.4. As despesas efetuadas no exterior serão resarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido e atualizadas monetariamente pela Seguradora de acordo com o constante na Apólice e na CLÁUSULA 6^a - ATUALIZAÇÃO DE VALORES das Condições Gerais, quando da liquidação do sinistro.
- 4.5. As indenizações objeto desta Cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 4.6. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente.

CLÁUSULA 5^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Ramo 82 – Processo Susep 15414.003388/2011-77 – versão Dez/2025

Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- 5.1. Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- 5.2. Relatórios do médico assistente;
- 5.3. Comprovantes originais das despesas;
- 5.4. Cópias dos documentos do segurado: Carteira de identidade ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de endereço;
- 5.5. Cópia a do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- 5.6. Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- 5.7. Declaração do consultente/beneficiário com a informação de telefone de contato e endereço de e-mail, caso houver.

CLÁUSULA 6^a - BENEFICIÁRIOS

O reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas cobertas é devido ao Segurado Principal, responsável pelo menor dependente, ou, na falta deste, via assistência ou representação de quem de direito.

CLÁUSULA 7^a - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-A)

CLÁUSULA 1^a - DEFINIÇÃO

Para efeito das disposições desta cobertura fica convencionada a seguinte definição:

Incapacidade Temporária É caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão

CLÁUSULA 2^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de diárias de incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal sofrido pelo Segurado, profissional liberal ou autônomo.

CLAUSULA 3^a - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Está coberta a incapacidade temporária do Segurado, por motivo de acidente pessoal ocorrido durante a vigência do risco individual, após o período de franquia contratado, que provoque o afastamento de suas atividades remuneradas, determinado por médico e atestado por exames complementares.
- 3.2. Salvo estipulação expressa em contrário na apólice, esta cobertura é aplicável exclusivamente a Segurados sem vínculo empregatício, cuja renda advinha de atividade autônoma que possa ser devidamente comprovada, não se aplicando a Segurados com registro em Carteira de Trabalho.
- 3.3. Pelo mesmo acidente coberto, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.
- 3.4. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de lesão para a qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente coberto, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.
- 3.5. A cobertura de **Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente** está dividida em cinco Classes:

Classe A – Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A)

Garante as diárias de incapacidade temporária do Segurado decorrentes de acidente pessoal coberto, nos termos do item 3.2 das Condições Gerais.

Classe B – Diárias de Incapacidade Temporária decorrente de Crime

Garante as diárias de incapacidade temporária do Segurado em decorrência de crime contra a sua pessoa. Entende-se como crime, para fins desta cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado a incapacidade temporária do Segurado.

Não estão cobertos por esta Classe os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.

Classe C – Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente em Meio de Transporte Coletivo

Garante as diárias de incapacidade temporária do Segurado em decorrência de acidente com meio de transporte coletivo do qual for passageiro, entendendo-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Classe D – Diárias de Incapacidade Temporária decorrente de Acidente de Trânsito, exceto em Meio de Transporte Coletivo

Garante as diárias de incapacidade temporária do Segurado em decorrência de acidente de trânsito, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi ou se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

Esta Classe de cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro) rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

Classe E – Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente decorrente de Acidente no Domicílio

Garante as diárias de incapacidade temporária do Segurado em decorrência de acidente pessoal sofrido no endereço de residência fixa e constante, inclusive áreas comuns de condomínio.

Não estão abrangidas pela cobertura do seguro as pessoas que estejam temporariamente de passagem pela residência especificada como endereço do Segurado, tais como visitantes, moradores esporádicos e prestadores de serviços eventuais.

- 3.6. Um Acidente Pessoal não poderá ser enquadrado em mais de uma Classe de cobertura de **Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente** contratada, prevalecendo, para fins de indenização, o enquadramento do sinistro coberto na Classe A apenas se não encaixar-se em outra Classe contratada.
- 3.7. Em nenhuma hipótese haverá duplicidade de indenização, ainda que contratado o seguro em mais de uma Classe de cobertura.
- 3.8. O Capital Segurado da cobertura Classe A – Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A) deverá ser igual ou inferior ao menor Capital contratado para qualquer das demais classes, quando houver contratação simultânea de classes de cobertura de DIT.
- 3.9. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT-AD).

CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões e/ou limitações previstas em cada uma das Classes descritas na CLÁUSULA 3^a acima e das exclusões constantes da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro, estão também expressamente excluídas desta cobertura:

- 4.1. Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- 4.2. Entesopatia;
- 4.3. Entorsões, distensões, contusões;
- 4.4. Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- 4.5. Fraturas patológicas;
- 4.6. Lesões intra-articulares de joelho;
- 4.7. Lesões que não exijam atendimento médico;
- 4.8. Luxação de ombro (acrônio – clavicular ou glenoumeral);
- 4.9. Síndromes compressivas nervosas;

CLÁUSULA 5^a - FRANQUIA

- 5.1. A franquia será estabelecida na Especificação da Apólice e não poderá ser superior a 15 (quinze) dias, contados a partir da data do acidente coberto.
- 5.2. O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.

CLÁUSULA 6^a - CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo

- mesmo evento.
- 6.2. Se for mencionado capital mensal na apólice, o mesmo será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo de indenização de cada diária de incapacidade coberta.
 - 6.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente pessoal que provocou a incapacidade temporária do Segurado.
 - 6.4. As indenizações objeto desta Condição são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
 - 6.5. A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente.

CLÁUSULA 7^a - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:
 - 7.1.1. Quando a incapacidade temporária superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médico assistente.
 - 7.1.2. A critério da Seguradora, e desde que definido na Apólice, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.
 - 7.1.3. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Apólice.
 - 7.1.4. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, até a alta médica.
- 7.2. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico- hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.
- 7.3. Estando o Segurado em gozo de um benefício desta cobertura, não fará jus a outro benefício nesta mesma cobertura, mesmo que seja em consequência de outro evento, quer tenha ocorrido na mesma data ou em data diferente. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento nesta cobertura se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior.

CLÁUSULA 8^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópias dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- c) formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- d) cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- g) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo

- Segurado;
- h) Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 9^a - BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

CLÁUSULA 10 - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT-AD)

CLÁUSULA 1^a - DEFINIÇÃO

Para efeito das disposições desta cobertura fica convencionada a seguinte definição:

Incapacidade Temporária É caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão

CLÁUSULA 2^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de diárias de incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal ou doença do Segurado, profissional liberal ou autônomo.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Está coberta a incapacidade temporária do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença, ocorridos durante a vigência do risco individual, após o período de carência, se houver, e considerado o período de franquia contratado, que provoque o afastamento de suas atividades remuneradas, determinado por médico e atestado por exames complementares.
- 3.2. Salvo estipulação expressa em contrário na apólice, esta cobertura é aplicável exclusivamente a Segurados sem vínculo empregatício, cuja renda advinha de atividade autônoma que possa ser devidamente comprovada, não se aplicando a Segurados com registro em Carteira de Trabalho.
- 3.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.
- 3.4. 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 tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.
- 3.5. Para fins da cobertura de diárias de incapacidade por acidente, toma-se por conceito de acidente pessoal o constante do item 3.2 da CLÁUSULA 3^a - RISCOS COBERTOS das Condições Gerais deste seguro.
- 3.6. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A).

CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro estão, também, expressamente excluídas desta cobertura:

- 4.1. Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- 4.2. Entesopatia;
- 4.3. Entorses, distensões, contusões;
- 4.4. Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- 4.5. Fraturas patológicas;
- 4.6. Lesões intra-articulares de joelho;
- 4.7. Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- 4.8. Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- 4.9. Síndromes compressivas nervosas.

CLÁUSULA 5^a - CARÊNCIA

A carência para incapacidade temporária por motivo de doença será estabelecida na especificação da apólice, não podendo ser superior a 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de início do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para doenças iniciadas antes ou durante o referido período. Não se aplica a carência para incapacidade coberta decorrente de acidente pessoal.

CLÁUSULA 6^a - FRANQUIA

- 6.1. A franquia será estabelecida na Apólice e não poderá ser superior a 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico.
- 6.2. O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

CLÁUSULA 7^a - CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será definido na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
- 7.2. Se for mencionado capital mensal na apólice, o mesmo será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo de indenização de cada da diária de incapacidade coberta.
- 7.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente pessoal ou do diagnóstico da doença que provocou a incapacidade temporária do Segurado.
- 7.4. As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 7.5. A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro.

CLÁUSULA 8^a - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:
 - 8.1.1. Quando a incapacidade temporária superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médicoassistente.
 - 8.1.2. A critério da Seguradora, e desde que definido na Apólice, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.
 - 8.1.3. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Apólice.
 - 8.1.4. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, até a alta médica.
- 8.2. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico- hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade

das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

- 8.3. Estando o Segurado em gozo de um benefício desta cobertura, não fará jus a outro benefício nesta mesma cobertura, mesmo que seja em consequência de outro evento, quer tenha ocorrido na mesma data ou em data diferente. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento nesta cobertura se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior.

CLÁUSULA 9^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Cópias dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- d) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 10 - BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

CLÁUSULA 11 - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH-A)

CLÁUSULA 1^a - DEFINIÇÕES

Para efeito das disposições deste seguro ficam convencionadas as seguintes definições:

Hospital	Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.
Hospitalização ou Internação Hospitalar	É a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

CLÁUSULA 2^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de um valor diário fixo por dia de hospitalização do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto.

CLAUSULA 3^a - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Estão cobertas as diárias de internação hospitalar do Segurado, por motivo de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do risco individual, após o período de franquia contratado, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória.
- 3.2. Esta cobertura não garante a internação ou vaga em Hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.
- 3.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
- 3.4. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenham por origem ou causa o mesmo acidente, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.
- 3.5. A cobertura de **Diárias de Internação Hospitalar por Acidente** está dividida em cinco Classes:

Classe A – Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH-A)

Garante as diárias de internação hospitalar do Segurado decorrentes de acidente pessoal coberto, nos termos do item 3.2 das Condições Gerais.

Classe B – Diárias de Internação Hospitalar decorrente de Crime

Garante as diárias de internação hospitalar do Segurado em decorrência de crime contra a sua pessoa. **Entende-se como crime, para fins desta cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado a internação hospitalar do Segurado.**

Não estão cobertos por esta Classe os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.

Classe C – Diárias de Internação Hospitalar por Acidente em Meio de Transporte Coletivo

Garante as diárias de internação hospitalar do Segurado em decorrência de acidente com meio de transporte coletivo do qual for passageiro, entendendo-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Classe D – Diárias de Internação Hospitalar decorrente de Acidente de Trânsito, exceto em Meio de Transporte Coletivo

Garante as diárias de internação hospitalar do Segurado em decorrência de acidente de trânsito, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi ou se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

Esta Classe de cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro)

rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

Classe E – Diárias de Internação Hospitalar decorrente de Acidente no Domicílio

Garante as diárias de internação hospitalar do Segurado em decorrência de acidente pessoal sofrido no endereço de residência fixa e constante, inclusive áreas comuns de condomínio.

Não estão abrangidas pela cobertura do seguro as pessoas que estejam temporariamente de passagem pela residência especificada como endereço do Segurado, tais como visitantes, moradores esporádicos e prestadores de serviços eventuais.

- 3.6. Um Acidente Pessoal não poderá ser enquadrado em mais de uma Classe de cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente contratada, prevalecendo, para fins de indenização, o enquadramento do sinistro coberto na Classe A apenas se não encaixar-se em outra Classe contratada.
- 3.7. Em nenhuma hipótese haverá duplicidade de indenização, ainda que contratado o seguro em mais de uma Classe de cobertura.
- 3.8. O Capital Segurado da cobertura Classe A – Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH-A) deverá ser igual ou inferior ao menor Capital contratado para qualquer das demais classes, quando houver contratação simultânea de classes de cobertura de DIH.
- 3.9. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIH-AD).
- 3.10. Nos seguros para menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas havidas com o pagamento das diárias hospitalares, mediante a apresentação das contas originais das despesas e dos relatórios do médico responsável.

CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões e/ou limitações previstas em cada uma das Classes descritas na CLÁUSULA 3^a acima e das exclusões constantes da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro estão, também, expressamente excluídas desta cobertura:

- 4.1. 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;
- 4.2. Internações domiciliares (home-care);
- 4.3. Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilos e casas de repouso;
- 4.4. Internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica, exceto se a internação for decorrente de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 5^a - FRANQUIA

A franquia será estabelecida na Apólice e terá prazo mínimo de 2 (duas) diárias e prazo máximo de 15 (quinze) diárias de internação hospitalar por evento, iniciando-se a cobertura, nestes casos, a partir da 3^a (terceira) ou da 16^a (décima sexta) diárias, respectivamente.

CLÁUSULA 6^a - CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será definido na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
- 6.2. Se for mencionado capital mensal na apólice, o mesmo será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo de indenização de cada dia de internação coberta.
- 6.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da primeira internação decorrente do acidente pessoal que provocou a internação do

Segurado.

- 6.4. As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
6.5. A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro.

CLÁUSULA 7^a - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a internação do Segurado, nos termos desta cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:
- 7.1.1. Quando a internação superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado.
 - 7.1.2. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Apólice.
 - 7.1.3. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do primeiro dia de internação e descontado o período de franquia contratado, até a alta médica.
- 7.2. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.
- 7.3. Estando o Segurado em gozo de um benefício desta cobertura, não fará jus a outro benefício nesta mesma cobertura, mesmo que o sinistro seja em consequência de outro evento, quer tenha ocorrido na mesma data ou em data diferente. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento nesta cobertura se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior.

CLÁUSULA 8^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- c) Documentos Pessoais de Identificação com Foto do segurado e/ou envolvidos;
- d) Cópias dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- e) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f) Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa e data de internação e data de alta médica;
- g) Cópia do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- i) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário.
- k) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando obrigatório.
- l) comprovante de Registro INSS, Declaração de Imposto de Renda, ou carta de próprio punho declarando suas atividades, assinada com firma reconhecida;
- m) Comprovantes originais do pagamento das diárias hospitalares quando tratar-se de segurado menor de 14 anos.

CLÁUSULA 9^a - BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

Em sendo o beneficiário menor de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

CLÁUSULA 10 - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIH-AD)

CLÁUSULA 1^a - DEFINIÇÕES

Para efeito das disposições deste seguro ficam convencionadas as seguintes definições:

Hospital	Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.
----------	--

Hospitalização ou Internação Hospitalar	É a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.
---	---

CLÁUSULA 2^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de um valor diário fixo por dia de hospitalização do Segurado em consequência de acidente pessoal ou doença coberta.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Estão cobertas as diárias de internação hospitalar do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença, ocorridos durante a vigência do risco individual, após o período de carência, se houver, e considerado o período de franquia contratado, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória.
- 3.2. Esta cobertura não garante a internação ou vaga em Hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.
- 3.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
- 3.4. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.
- 3.5. Para fins desta cobertura, toma-se por conceito de acidente pessoal o constante do item 3.2 da CLÁUSULA 3^a - RISCOS COBERTOS das Condições Gerais deste seguro.
- 3.6. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH-A).
- 3.7. Nos seguros para menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas havidas com o pagamento das diárias hospitalares, mediante a apresentação das contas originais das despesas e dos relatórios do médico responsável.

CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro estão, também, expressamente excluídas desta cobertura:

- 4.1. 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;
- 4.2. Internações domiciliares (home-care);
- 4.3. Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo

- asilo e casas de repouso;
- 4.4. Internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica, exceto se a internação for decorrente de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 5^a - CARÊNCIA

A carência para Diárias de Internação Hospitalar será estabelecida na apólice, não podendo ser superior a 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de início do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o referido período. Não se aplica a carência para internações decorrente de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 6^a - FRANQUIA

A franquia será estabelecida na Apólice e terá prazo mínimo de 2 (duas) diárias e prazo máximo de 15 (quinze) diárias de internação hospitalar por evento, iniciando-se a cobertura, nestes casos, a partir da 3^a (terceira) ou da 16^a (décima sexta) diárias, respectivamente, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

CLÁUSULA 7^a - CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será definido na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
- 7.2. Se for mencionado capital mensal na apólice, o mesmo será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo de indenização de cada da diária de internação coberta.
- 7.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da primeira internação decorrente do acidente pessoal ou doença que provocou a internação do Segurado.
- 7.4. As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 7.5. A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro.

CLÁUSULA 8^a - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a internação do Segurado, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:
- 8.1.1. Quando a internação superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado.
- 8.1.2. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Apólice.
- 8.1.3. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do primeiro dia de internação e descontado o período de franquia contratado, até a alta médica.
- 8.2. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.
- 8.3. Estando o Segurado em gozo de um benefício desta cobertura, não fará jus a outro benefício nesta mesma cobertura, mesmo que seja em consequência de outro evento, quer tenha ocorrido na mesma data ou em data diferente. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento nesta cobertura se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento.

anterior.

CLÁUSULA 9^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- c) Cópias dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- d) Documentos Pessoais de Identificação com Foto do segurado e/ou envolvidos;
- e) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- f) Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa e data de internação e data de alta médica;
- g) Cópia do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- i) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário.
- k) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando obrigatório;
- l) Comprovantes originais do pagamento das diárias hospitalares quando tratar-se de segurado menor de 14 anos.

CLÁUSULA 10 - BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

Em sendo o beneficiário menor de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

CLÁUSULA 11 - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao Segurado caso venha a sofrer Invalidez Permanente Total, em consequência de acidente pessoal coberto.

CLAUSULA 2^a - RISCOS COBERTOS

- 2.1. Estão cobertas a perda ou a impotência funcional definitiva de pelo menos um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos nos eventos de INVALIDEZ TOTAL da tabela abaixo, em virtude de lesão física decorrente do tipo de acidente pessoal abrangido pela Classe de Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente discriminada na Apólice e no Certificado Individual, ocorrido durante a vigência da cobertura individual deste seguro, respeitados os demais termos e condições da apólice.

INVALIDEZ TOTAL
Perda total da visão de ambos os olhos
Perda total do uso de ambos os membros superiores
Perda total do uso de ambos os membros inferiores
Perda total do uso de ambas as mãos
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
Perda total do uso de ambos os pés
Alienação mental total e incurável

- 2.2. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente está dividida em cinco Classes:

Classe A – Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Garante indenização ao Segurado em caso de invalidez permanente total decorrente de acidente pessoal coberto, nos termos do item 3.2 das Condições Gerais.

Classe B – Invalidez Permanente Total decorrente de Crime

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez permanente total em decorrência de crime contra a sua pessoa.

Entende-se como crime, para fins desta cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado a invalidez total do Segurado.

Não estão cobertos por esta Classe os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.

Classe C – Invalidez Permanente Total por Acidente em Meio de Transporte Coletivo

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez permanente total em decorrência de acidente com meio de transporte coletivo do qual for passageiro, entendendo-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Classe D – Invalidez Permanente Total decorrente de Acidente de Trânsito, exceto em Meio de Transporte Coletivo

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez permanente total em decorrência de acidente de trânsito, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi ou se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

Esta Classe de cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro) rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

Classe E – Invalidez Permanente Total por Acidente decorrente de Acidente no Domicílio

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez permanente total por acidente pessoal sofrido no endereço de residência fixa e constante, inclusive áreas comuns de condomínio.

Não estão abrangidas pela cobertura do seguro as pessoas que estejam temporariamente de passagem pela residência especificada como endereço do Segurado, tais como visitantes, moradores esporádicos e prestadores de serviços eventuais.

- 2.3. Um Acidente Pessoal não poderá ser enquadrado em mais de uma Classe de cobertura de invalidez permanente total contratada, prevalecendo, para fins de indenização, o enquadramento do sinistro coberto na Classe A apenas se não encaixar-se em outra Classe contratada.
- 2.4. Em nenhuma hipótese haverá duplicidade de indenização, ainda que contratado o seguro em mais de uma Classe de cobertura.
- 2.5. O Capital Segurado da cobertura Classe A – Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) deverá ser igual ou inferior ao menor Capital contratado para qualquer das demais classes, quando houver contratação simultânea de classes de cobertura de invalidez permanente total.
- 2.6. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões e/ou limitações previstas em cada uma das Classes descritas na CLÁUSULA 2^a acima, ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUIDOS, das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4^a - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para cada Classe desta Cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de indenização por tipo de invalidez decorrente de acidente pessoal devido pela Seguradora.
- 4.2. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente que provocou a invalidez permanente coberta.
- 4.3. Só serão indenizáveis os eventos descritos como INVALIDEZ TOTAL da tabela constante na CLÁUSULA 2^a desta cobertura, que determinam indenizações de 100% do respectivo capital segurado.

CLÁUSULA 5^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia da Carteira de Identidade e CPF e RG ou CNH do Segurado e Dependentes e/ou beneficiários do seguro;
- Documentos Pessoais de Identificação com Foto do segurado e/ou envolvidos;
- **Comprovante Dados Bancários (Banco, Agência e Conta):** Copia comprovante bancário (foto cartão; extrato bancário; fatura de cartão de crédito ou conta de consumo);
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial;

- Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- Radiografias, relatórios e exames médicos recentes, que comprovem a invalidez, assinado pelo médico assistente, com a indicação do CRM e das características do grau de invalidez;
- Declaração do segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

CLÁUSULA 6^a - BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

Na hipótese de indenização devida ao Segurado e de sinistro que lhe cause alienação mental total incurável, a indenização será paga ao Responsável Legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

CLÁUSULA 7^a - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao Segurado caso venha a sofrer Invalidez Permanente Total ou Parcial, em consequência de acidente pessoal coberto.

CLAUSULA 2^a - RISCOS COBERTOS

- 2.1. Estão cobertas a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física decorrente do tipo de acidente pessoal abrangido pela Classe de Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente discriminada na Apólice e no Certificado Individual, ocorrido durante a vigência da cobertura individual deste seguro, respeitados os demais termos e condições da apólice.
- 2.2. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente está dividida em cinco Classes:

Classe A – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

Garante indenização ao Segurado em caso de invalidez decorrente de acidente pessoal coberto, nos termos do item 3.2 das Condições Gerais.

Classe B – Invalidez Permanente Total ou Parcial decorrente de Crime

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez em decorrência de crime contra a sua pessoa. Entende-se como crime, para fins desta cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado a invalidez total ou parcial do Segurado. Não estão cobertos por esta Classe os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.

Classe C – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Meio de Transporte Coletivo

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez em decorrência de acidente com meio de transporte coletivo do qual for passageiro, entendendo-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Classe D – Invalidez Permanente Total ou Parcial decorrente de Acidente de Trânsito, exceto em Meio de Transporte Coletivo

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez em decorrência de acidente de trânsito, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi ou se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

Esta Classe de cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro) rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

Classe E – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente decorrente de Acidente no Domicílio

Garante indenização ao Segurado caso sofra invalidez por acidente pessoal sofrido no endereço de residência fixa e constante, inclusive áreas comuns de condomínio.

Não estão abrangidas pela cobertura do seguro as pessoas que estejam temporariamente de passagem pela residência especificada como endereço do Segurado, tais como visitantes, moradores esporádicos e prestadores de serviços eventuais.

- 2.3. Um Acidente Pessoal não poderá ser enquadrado em mais de uma Classe de cobertura de invalidez contratada, prevalecendo, para fins de indenização, o enquadramento do sinistro coberto na Classe A apenas se não encaixar-se em outra Classe contratada.

- 2.4. Em nenhuma hipótese haverá duplicidade de indenização, ainda que contratado o seguro em mais de uma Classe de cobertura.
- 2.5. O Capital Segurado da cobertura Classe A – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) deverá ser igual ou inferior ao menor Capital contratado para qualquer das demais classes, quando houver contratação simultânea de classes de cobertura de invalidez.
- 2.6. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões e/ou limitações previstas em cada uma das Classes descritas na CLÁUSULA 2^a acima, ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4^a - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para cada Classe desta Cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de indenização por tipo de invalidez decorrente de acidente pessoal devido pela Seguradora.
- 4.2. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente que provocou a invalidez permanente coberta.
- 4.3. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 4.4. No caso de Invalidez Permanente por acidente pessoal coberto, a Seguradora indenizará o Segurado, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela seguinte, proporcionalmente ao Capital da Classe contratada para esta cobertura, desde que haja perda, redução ou impotência funcional total ou parcial, de membro ou órgão, e esteja definitivamente terminado o tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, observadas as demais condições contratuais.
 - 4.4.1. Eventual grau de invalidez (percentagem relativa à perda ou redução da função de um membro ou órgão), já existente antes de acidente coberto, deverá ser declarado na proposta de adesão e será deduzido do grau de invalidez definitivo, apurado em consequência desse acidente coberto.

DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual	DISCRIMINAÇÃO DA INVALIDEZ	% sobre o Capital Segurado Individual
		INVALIDEZ TOTAL	PARCIAL DIVERSAS
Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total da visão de um olho	30
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Perda total do uso de ambas as mãos	100	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100	Mudez incurável	50
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Perda total do uso de ambos os pés	100	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20

Alienação mental total e incurável	100	Imobilidade do segmento tóraco- lombo-sacro da coluna	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES		PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60	Perda total do uso de um dos membros inferiores	50
Fratura não consolidada de um dos	50	Fratura não consolidada de um	50
Fratura não consolidada de um dos rádio-ulnares	30	Fratura não consolidada de segmentos tíbio-peroneiros	25
Anquilose total de um dos ombros	25	Fratura não consolidada da	20
Anquilose total de um dos cotovelos	25	Fratura não consolidada de um	20
Anquilose total de um dos punhos	20	Anquilose total de um dos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25	Anquilose total de um dos tornozelos	20
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Anquilose total de um quadril	20
Perda total do uso da falange distal do polegar	9	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Amputação do primeiro dedo	10
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12	Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9	Perda total do uso de uma falange do primeiro dedo, indenização equivalente a $\frac{1}{2}$ e dos demais dedos, equivalente a $\frac{1}{3}$ do	-
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo	-	Encurtamento de um dos membros inferiores * de 5 (cinco) centímetros ou mais * de 4 (quatro) centímetros * de 3 (três) centímetros * menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	15 10 6 -

4.4.2. Para todas as classes da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, deverão ser observadas, ainda, as seguintes disposições:

- 4.4.2.1. Não ocorrendo a perda por completo das funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela acima para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25% proporcional à indenização que seria devida pela perda prevista na referida tabela.
- 4.4.2.2. Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão, a ser apurada por perícia

médica especializada, na forma do item 11.9 e seus subitens das Condições Gerais.

- 4.4.2.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital contratado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à indenização prevista para sua perda total.

CLÁUSULA 5^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia da Carteira de Identidade e CPF e RG ou CNH do Segurado e Dependentes e/ou beneficiários do seguro;
- Documentos Pessoais de Identificação com Foto do segurado e/ou envolvidos;
- **Comprovante Dados Bancários (Banco, Agência e Conta):** Copia comprovante bancário (foto cartão; extrato bancário; fatura de cartão de crédito ou conta de consumo);
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial;
- Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- Radiografias, relatórios e exames médicos recentes, que comprovem a invalidez, assinado pelo médico assistente, com a indicação do CRM e das características do grau de invalidez;
- Declaração do segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.

CLÁUSULA 6^a - BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

Na hipótese de indenização devida ao Segurado e de sinistro que lhe cause alienação mental total incurável, a indenização será paga ao Responsável Legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

CLÁUSULA 7^a - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

CLÁUSULA 1^a – OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s) caso ocorra a morte do Segurado em consequência do tipo de acidente pessoal contratado.

CLÁUSULA 2^a – RISCOS COBERTOS

- 2.1. Está coberta a morte do Segurado decorrente do tipo de acidente pessoal abrangido pela Classe de Cobertura de Morte Acidental discriminada na Apólice e no Certificado Individual, ocorrido durante a vigência da cobertura individual, excetuando-se os riscos excluídos mencionados na CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais e as restrições aplicáveis à Classe contratada.

- 2.2. A cobertura de Morte Acidental está dividida em cinco Classes:

Classe A – Morte Acidental (MA)

Garante indenização ao Beneficiário caso o Segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto, nos termos do item 3.2 das Condições Gerais.

Classe B – Morte Acidental decorrente de Crime

Garante indenização ao Beneficiário caso o Segurado venha a falecer em decorrência de crime contra a sua pessoa.

Entende-se como crime, para fins desta cobertura, os crimes contra a pessoa, conforme tipificados no Código Penal, unicamente aqueles que tenham como resultado a morte do Segurado.

Não estão cobertos por esta Classe os eventos enquadrados na legislação como crime de trânsito.

Classe C – Morte Acidental em Meio de Transporte Coletivo

Garante indenização ao Beneficiário caso o Segurado venha a falecer em decorrência de acidente com meio de transporte coletivo do qual for passageiro, entendendo-se como meio de transporte coletivo qualquer aeronave, balsa, metrô, navio, ônibus, trem ou qualquer outro tipo de transporte público que possa ser utilizado mediante pagamento de passagem e que seja operado por empresa devidamente licenciada para o transporte regular de pessoas.

Classe D – Morte Acidental decorrente de Acidente de Trânsito, exceto em Meio de Transporte Coletivo

Garante indenização ao Beneficiário caso o Segurado venha a falecer em decorrência de acidente de trânsito, enquanto ocupante de veículo particular ou táxi ou se, como pedestre, for atingido por qualquer veículo automotor, coletivo ou particular.

Esta Classe de cobertura não abrange os acidentes sofridos pelo segurado enquanto passageiro ou condutor de veículos que se destinem ao transporte coletivo, de veículos com menos de 4 (quatro) rodas, de caminhões, de veículos destinados ao serviço público ou particular de socorro médico, de veículos das corporações militares e quaisquer veículos que não sejam de transporte por via terrestre.

Classe E – Morte Acidental decorrente de Acidente no Domicílio

Garante indenização ao Beneficiário caso o Segurado venha a falecer por acidente pessoal sofrido no endereço de residência fixa e constante, inclusive áreas comuns de condomínio.

Não estão abrangidas pela cobertura do seguro as pessoas que estejam temporariamente de passagem pela residência especificada como endereço do Segurado, tais como visitantes, moradores esporádicos e prestadores de serviços eventuais.

- 2.3. Um Acidente Pessoal não poderá ser enquadrado em mais de uma Classe de cobertura de Morte Acidental contratada, prevalecendo, para fins de indenização, o enquadramento do sinistro

- 2.4. coberto na Classe A apenas se não encaixar-se em outra Classe contratada.
- 2.5. Em nenhuma hipótese haverá duplicidade de indenização, ainda que contratado o seguro em mais de uma Classe de cobertura.
- 2.6. O Capital Segurado da cobertura Classe A – Morte Acidental deverá ser igual ou inferior ao menor Capital contratado para qualquer das demais classes, quando houver contratação simultânea de classes de cobertura de morte.
- 2.6. A Cobertura de Morte Acidental, Para os menores de catorze anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto.**

Parágrafo único. A restrição de que trata o caput deste artigo não se aplica a coberturas de doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas, desde que não sujetivas a serem provocadas intencionalmente.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões e/ou limitações previstas em cada uma das Classes descritas na CLÁUSULA 2^a acima, ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 4^a - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para cada Classe desta cobertura será definido na Apólice e representa o limite máximo de indenização por tipo de Morte decorrente de acidente pessoal coberto devido pela Seguradora.
- 4.2. No caso de Morte por acidente pessoal ocorrido durante a vigência do seguro, a Seguradora pagará ao Beneficiário o capital segurado correspondente, observado o disposto nas condições aplicáveis à Classe da cobertura contratada, descontando a indenização por Invalidez, se realizada, na forma da CLÁUSULA 7^a - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES das Condições Gerais.
- 4.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

CLÁUSULA 5^a - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DESINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo representante do Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- Cópia simples da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.)
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial;
- Cópia simples da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia simples do Laudo de Necropsia, se não foi realizado, a família deverá solicitar

- uma declaração junto ao IML informando que não foi realizado;
- Cópia simples do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - Declaração do representante do Segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.
 - Cópia da Carteira de Identidade e CPF e RG ou CNH do Segurado e Dependentes e/ou beneficiários do seguro;
 - Documentos Pessoais de Identificação com Foto do segurado e/ou envolvidos;
 - **Comprovante Dados Bancários (Banco, Agência e Conta):** Copia comprovante bancário (foto cartão; extrato bancário; fatura de cartão de crédito ou conta de consumo);
 - Declaração SVO (Serviço declaração de óbito), em caso de morte por causa indeterminada.
 - **Declaração Termo Assinada:** Documento do segurado ou do(s) seu(s) beneficiário(s) autenticados em cartório ou eletronicamente autorizando o pagamento a outro favorecido. Deve conter os dados (nome e RG) da pessoa indicada, **quando aplicada**.
 - Declaração pessoal manuscrita pelo(s) beneficiário(s) e/ou entrevista com ambos.
 - cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

CLÁUSULA 6^a - BENEFICIÁRIOS

- 6.1. Os beneficiários deste seguro serão designados livremente pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
- 6.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- 6.3. Não pode ser instituída Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.
- 6.4. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.
- 6.5. Não prevalecendo nenhuma das hipóteses acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 6.6. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.
- 6.7. Se o segurado indicar mais de um beneficiário e um deles vier a falecer antes do segurado, a parte que caberia ao beneficiário pré-morto reverterá em favor do(s) outro(s) beneficiário(s) indicado(s) na mesma proporção indicada pelo segurado para recebimento do capitalsegurado.
- 6.8. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

CLÁUSULA 7^a - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização em caso de Perda de Renda por Desemprego do Segurado profissional com vínculo empregatício.

CLÁUSULA 2^a - RISCOS COBERTOS

Estão cobertos os eventos caracterizados como Perda de Renda Por Desemprego, ocorridos após o período de carência, se houver, considerado o período de franquia contratado e observadas, ainda, as seguintes condições:

- 2.1. A demissão deve ser involuntária e sem justa causa;
- 2.2. O Segurado deve comprovar ter sido empregado registrado, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, nos últimos 12 (doze) meses anteriores à data do sinistro, ininterruptamente pelo mesmo empregador ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade nos últimos 12 (doze) meses não tenha sido superior ao período máximo estabelecido na Especificação da Apólice, limitado ao máximo de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA 3^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos da cobertura:

- 3.1. Segurados que tenham sido demitidos por justa causa ou por solicitação própria, em rescisões negociadas entre o empregado e o empregador, quaisquer que sejam as suas causas;
- 3.2. Segurados que tenham sido demitidos por conta de programas de desligamento voluntário, em demissões incentivadas ou com gratificações, fusões, concordatas, privatizações e/ou encerramento de atividades;
- 3.3. Segurados que tenham sido desligados em demissões em massa, sendo consideradas como tais aquelas nas quais houver desligamento superior a 10% (dez por cento) do quadro de funcionários no mesmo mês;
- 3.4. Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;
- 3.5. Proponentes que tenham cargo público com estabilidade;
- 3.6. Militares que sejam exonerados de suas funções;
- 3.7. 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.

CLÁUSULA 4^a - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice.
- 4.2. As indenizações previstas por esta Cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice e poderão ser suspensas no momento em que o Segurado obtiver novo vínculo empregatício, desqualificando a situação de sinistro coberto.

CLÁUSULA 5^a - CARÊNCIA

Esta Cobertura está sujeita a carência de no máximo 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou da recondução do seguro, se suspenso, período durante o qual a Seguradora estará isenta do pagamento de qualquer indenização.

CLÁUSULA 6^a - FRANQUIA

O Segurado somente terá direito a esta Cobertura após permanecer desempregado por prazo superior à franquia estipulada na Apólice, limitada a 30 (trinta) dias, consecutivos e ininterruptos, a contar da data do sinistro (desemprego), sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

CLÁUSULA 7^a - DOCUMENTOS PARA A REGULAÇÃO DE SINISTRO E PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

- 7.1. Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:
- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - b) Cópia da Carteira de Identidade e CPF e RG ou CNH do Segurado e Dependentes e/ou beneficiários do seguro;
 - c) 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; (*)
 - d) Cópia simples do comprovante de endereço em nome do segurado (ex. conta de luz, telefone etc.);
 - e) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
 - f) Cópia simples da Comunicação de Dispensa (para o Seguro Desemprego);
 - g) Protocolo de solicitação de seguro-desemprego;
 - h) Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
 - i) Comprovante Dados Bancários (Banco, Agência e Conta): Copia comprovante bancário (foto cartão; extrato bancário; fatura de cartão de crédito ou conta de consumo);
 - j) Declaração do segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.
- (*) 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.
- 7.2. Se for estabelecido na Apólice que a indenização será paga mensalmente, as mensalidades serão pagas mediante a comprovação de que o Segurado permanece desempregado.

CLÁUSULA 8^a - BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

CLÁUSULA 9^a - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA (RT)

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização, caso ocorra a morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 2^a - GARANTIA AO ESTIPULANTE

- 2.1. Esta cobertura garantirá ao Estipulante o pagamento de indenização, no valor do capital segurado contratado, para fazer frente ao pagamento de verba rescisória, em razão da Rescisão Trabalhista, exclusivamente por morte accidental do Segurado Principal.
- 2.2. Para fins desta cobertura, considera-se Rescisão Trabalhista a extinção do Contrato de Trabalho, exclusivamente pela morte accidental do Segurado.
- 2.3. O legítimo interesse do Estipulante em figurar como Beneficiário se caracteriza pelos gastos imediatos e inesperados, consequentes da rescisão trabalhista e gastos incorridos com sua formação profissional, intrínsecos à relação de vínculo empregatício.
- 2.4. **Esta cobertura somente poderá ser contratada nos seguintes casos:**
 - a) Para seguros não contributários, quando o Estipulante for o responsável pelo pagamento integral do prêmio;
 - b) Quando o vínculo do Segurado com o Estipulante for exclusivamente empregatício, ou seja, para segurados que possuam registro em carteira profissional feito pelo Estipulante antes do sinistro. O registro anterior ao sinistro deve ser comprovado pelo CAGED - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados do mês imediatamente anterior.

CLÁUSULA 3^a - RISCO COBERTO

Está coberta a Morte do Segurado, causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da CLÁUSULA 4^a - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro.

CLÁUSULA 5^a - CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Apólice.
- 5.2. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

CLÁUSULA 6^a - DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) CNPJ, Contrato Social e comprovante de endereço do Estipulante;

- d)** 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; (*)
- e)** Cópia da Carteira de Identidade e CPF e RG ou CNH do Segurado e Dependentes e/ou beneficiários do seguro, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f)** Documentos Pessoais de Identificação com Foto do segurado e/ou envolvidos;
- g)** Protocolo de solicitação de seguro-desemprego;
- h)** Comprovante Dados Bancários (Banco, Agência e Conta): Copia comprovante bancário (foto cartão; extrato bancário; fatura de cartão de crédito ou conta de consumo);
- i)** Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- j)** Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- k)** Declaração do segurado com a informação de telefone e de endereço de e-mail, caso houver.
- l)** Comprovante de recolhimento do prêmio do período referente à data do acidente, para fins de verificação;
- m)** Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- n)** Cópia do Laudo de Necropsia, se houver; e
- o)** Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 7^a - BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário será sempre e unicamente o Estipulante.

CLÁUSULA 8^a - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.

SEGURO RISCOS PESSOAIS CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

CLÁUSULA 1^a - DEFINIÇÃO

Para efeito das disposições desta cláusula fica convencionada a seguinte definição:

Cônjugue: Será considerada como Cônjugue, para fim de inclusão, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como as(os) companheiras(os) que por força de legislação tenha(m) adquirido as prerrogativas de

CLÁUSULA 2^a - OBJETIVO DO SEGURO

Se ratificada na Apólice, esta cláusula tem por objetivo estabelecer a forma de inclusão dos cônjuges dos Segurados principais neste seguro, na forma estabelecida na mesma.

CLÁUSULA 3^a - ADESÃO DE SEGURADOS

- 3.1. A adesão dos cônjuges dos Segurados Principais à apólice poderá ser feita de forma automática ou facultativa, respeitadas as condições de ingresso e limites de idade estabelecidos na Apólice.
- 3.2. Não poderão ser incluídos os cônjuges que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.
- 3.3. **Adesão Automática:**
 - 3.3.1. Através desta forma de adesão, estarão cobertos todos os cônjuges dos Segurados Principais, mediante o preenchimento e a assinatura da proposta de adesão apenas pelo Segurado Principal, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
 - 3.3.2. Os proponentes que adquirirem a condição de cônjuge após o início de vigência da apólice ou desta Cláusula passarão a usufruir as coberturas previstas na apólice a partir do instante em que for estabelecida a referida condição.
- 3.4. **Adesão Facultativa:**

Através desta forma de adesão, estarão cobertos os cônjuges dos Segurados Principais que fizerem solicitação expressa de inclusão, mediante o preenchimento e a assinatura da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 3.5. A assinatura da proposta de adesão unicamente pelo Segurado Principal ratifica a veracidade das informações prestadas acerca de si e de seu Cônjugue, pelas quais o Segurado Principal assume inteira responsabilidade.
- 3.6. Não podem participar desta Cobertura os cônjuges ou companheiras(os) que façam parte do grupo segurado como componentes principais.

CLÁUSULA 4^a - GARANTIAS

Desde que previstas para o Segurado Principal, poderão ser contratadas para os cônjuges as seguintes coberturas:

- a) Morte Acidental – Classes A, B, C, D e/ou E;
- b) Invalidez Permanente Total por Acidente - Classes A, B, C, D e/ou E;
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - Classes A, B, C, D e/ou E;
- d) Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente - Classes A, B, C, D e/ou E;
- e) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente - Classes A, B, C, D e/ou E;
- f) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT-AD);
- g) Diárias de Internação Hospitalar por Acidente - Classes A, B, C, D e/ou E;

- h) Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIH-AD);
- i) Auxílio Funeral (AF).

CLÁUSULA 5^a - RISCOS COBERTOS

Estarão cobertos os riscos descritos em cada uma das coberturas contratadas para os cônjuges, constantes na Apólice, respeitados os termos e condições desta Cláusula e das demais condições contratuais.

CLÁUSULA 6^a - RISCOS EXCLUÍDOS

São os previstos para cada cobertura contratada para os Cônjuges.

CLÁUSULA 7^a - CAPITAL SEGURADO

Os capitais segurados das coberturas contratadas para os cônjuges serão definidos na Apólice e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) dos capitais segurados para o respectivo Segurado Principal.

CLÁUSULA 8^a - VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura dos riscos individuais previstos nesta Cláusula começará a vigorar:

- 8.1. Na data do início da cobertura do risco individual do Segurado principal, para o cônjuge admitido no grupo simultaneamente com o mesmo;
- 8.2. Se o cônjuge for incluído no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão;
- 8.3. Na data da inclusão desta Cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta Cláusula for incluída após o início de vigência da mesma.

CLÁUSULA 9^a - BENEFICIÁRIOS

Salvo estipulação expressa em contrário na apólice, a indenização é devida:

- 9.1. Por morte: ao Segurado Principal.
- 9.2. Por outras causas e coberturas contratadas para o cônjuge: ao próprio Cônjuge Segurado.

CLÁUSULA 10 - CANCELAMENTO DO SEGURO DO CÔNJUGE

Esta cobertura de seguro será obrigatoriamente cancelada se:

- 10.1. A apólice for cancelada;
- 10.2. For solicitado o cancelamento desta Cláusula Suplementar;
- 10.3. O Segurado principal for excluído da apólice;
- 10.4. Ocorrer a morte do Segurado principal;
- 10.5. Houver a separação judicial ou divórcio;
- 10.6. Houver pedido por escrito do Segurado Principal.

CLÁUSULA 11 - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cláusula Suplementar.

SEGURO RISCOS PESSOAIS CLÁUSULA ESPECIAL DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

CLÁUSULA 1^a - OBJETIVO

- 1.1. Se ratificada na Apólice, a presente cláusula tem por objetivo estabelecer a distribuição do excedente técnico da mesma, desde que tenham sido pagas todas as faturas do período de apuração e observadas as demais disposições contratuais.
- 1.2. Os períodos de apuração e prazo de distribuição serão especificados na apólice.

CLÁUSULA 2^a - DEFINIÇÕES

Para efeito da apuração dos resultados técnicos consideram-se:

- 2.1. Como receita:
 - a) Prêmios comerciais de competência correspondentes ao período de vigência decorrido durante o período de apuração do resultado, tomando-se como base as vigências das faturas de seguro efetivamente pagas;
 - b) Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- 2.2. Como despesa:
 - a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
 - b) As comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
 - c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
 - d) O valor total dos sinistros ocorridos até o último dia do período de apuração e avisados em qualquer época, inclusive despesas advocatícias e médicas de regulação, ainda não considerados em apurações anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
 - e) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
 - f) As despesas efetivas de administração;
 - g) Outras despesas que sejam previamente acordadas.

CLÁUSULA 3^a - CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO

Esta Cláusula somente será aplicada caso a Estipulante possua o número mínimo médio mensal de 500 (quinhentas) vidas no período correspondente à apuração do resultado