CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA EM GRUPO - TAXA MÉDIA

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-83

banco bmg

GENERALI

CONDIÇÕES GERAIS

1 Disposições Gerais e Preliminares 9

2 Objetivo do Seguro 10

3 Objeto do Seguro 10

4 Segurado 10

5 Definições 10

6 Garantias do Seguro 16

7 Exclusões Gerais 18

8 Aceitação da Proposta de Contratação 18

9 Análise e Aceitação da Proposta de Adesão 20

10 Âmbito Geográfico de Cobertura 21

11 Custeio do Seguro 21

12 Inclusão de Segurados 22

13 Prova do Seguro 23

14 Renovação e Vigência do Seguro 23

15 Cancelamento do Seguro 25

16 Capital Segurado 27

17 Alteração do Capital Segurado e Prêmio 27

18 Critério de Taxa 28

19 Carência e Franquia 28

20 Pagamento do Prêmio 29

21 Suspensão de Coberturas por Atraso nos Pagamentos de Prêmios 33

22 Reabilitação de Coberturas 34

23 Cancelamento de Coberturas por Falta de Pagamentos de Prêmios 34

24 Obrigação da Seguradora 34

25 Alteração e Reavaliação de Taxas e Valores do Contrato 34

26 Sinistros 35

27 Perda de Direito à Indenização 37

28 Beneficiários 39

29 Existência de Outros Seguros 40

30 Material de Divulgação 40

31 Outras Obrigações do Estipulante 40

32 Vedação do Estipulante 41

33 Distribuição de Excedentes Técnicos 41

34 Tributos 43

35 Tolerância 43

36 Moeda 43

37 Encargos de Tradução 44

38 Foro 44

39 Prescrição 44

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Morte - M 45

Morte Acidental - MA 48

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD 52

Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença - ILPD 57

Inclusão de Cônjuge - IC 60

Inclusão de Filhos - IF 63

Auxílio Funeral Dedutível - AFD 65

Auxílio Funeral Complementar - AFC 68

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA 70

Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA 83

Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente - DMHO 88

Doenças Graves - DG 92

Doenças Congênitas de Filhos - DCF 99

Perda de Renda por Desemprego - PRD 102

Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença - DIT 106

Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença - DIH 110

Verbas Recisórias - VR 115

Adiantamento do Capital Segurado em Caso de Doença Terminal - ACDT 119

Diagnóstico de Câncer de Mama Feminina - DCMF 122

Auxílio Alimentação - AA 128

Despesas Diversas por Morte - DDM 131

Despesas Diversas por Acidente - DDA 135

Adaptação Casa/Veículo em Caso de Invalidez por Acidente - ACVIA 139

Despesas Diversas por Eventos da Vida - DDEV 151

Despesas Diversas por Eventos da Vida - Nascimento de Filhos - DDEVNF 156

Diária de Internação Hospitalar por Covid-19 - DH-Covid-19 159

Convalescença Após Alta Hospitalar por Covid-19 - Conv-Covid-19 164

1 Disposições Gerais e Preliminares

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

1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP. O presente produto foi registrado na SUSEP sob o Nº: 15414.901147/2014-38.

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

1.4. Fará prova do contrato de seguro a exibição da apólice ou, na falta desta, a apresentação do documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio.

1.5. No caso desta apólice ter sido emitida com cosseguro cedido, as Cosseguradoras discriminadas na especificação da mesma assumem cada uma, direta e individualmente, a quota de responsabilidade que lhe couber, sem solidariedade entre si, até o respectivo limite máximo de sua participação mencionado na apólice, cujas "Condições Gerais e/ou Especiais e/ou do Contrato", impressas, ficam valendo para todas as Cosseguradoras.

1.5.1. Entende-se como "Líder" do presente seguro esta Seguradora, a qual tem a seu cargo os serviços de coordenação do seguro em todas as suas fases. O Segurado, em virtude desta designação, assume o compromisso de dirigir à "Companhia Líder" todas as comunicações a que estiver obrigado por força das "Condições Gerais, Especiais e do Contrato" desta apólice, cabendo ao mesmo a responsabilidade nos termos das referidas condições pelo seu não cumprimento.

1.5.2. Este Seguro foi contratado com emissão de apólice única tendo esta Sociedade, na qualidade de Líder, efetuado em seus registros oficiais o lançamento completo da operação, por si e pelas Cosseguradoras.

1.6. Qualquer alteração nas condições desta apólice deverá ser enviada à Seguradora mediante comunicação formal. Deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

2 Objetivo do Seguro

2.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância em dinheiro, limitado ao valor do Capital Segurado conforme a garantia contratada, ao Segurado ou a seus Beneficiários, caso o Segurado venha a sofrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais a seguir enumeradas, as Cláusulas Especiais e Suplementares, e as Condições Especiais e do Contrato expressamente convencionadas.**

2.2. O seguro pode ser extensivo aos componentes dependentes, se assim definido nas Condições

3 Objeto do Seguro

3.1. O presente seguro garante, nos termos da especificação da apólice, até as Importâncias Seguradas estabelecidas no contrato, o pagamento de indenização ao Segurado e/ou Beneficiário(s), por prejuízos indenizáveis resultantes de sinistros consequentes de riscos cobertos, deduzindo-se as respectivas franquias e/ou as participações obrigatórias do Segurado, quando existentes, enquanto permanecerem inalteradas as informações prestadas que serviram de base para a emissão da apólice, da qual tais documentos passam a fazer parte integrante.

4 Segurado

4.1. De acordo com o estipulado no contrato da apólice de seguro.

5 Definições

5.1. As definições descritas abaixo são gerais e aplicáveis exclusivamente quando expressamente mencionadas nesta apólice de seguro. Compõem-se de palavras e expressões normalmente usadas pelo mercado segurador e, por vezes, desconhecidas pelo Segurado.

O objetivo é de esclarecer eventuais dúvidas que porventura possam existir na leitura e interpretação das

Condições Gerais, Especiais, Específicas e do Contrato que regem este seguro.

Qualquer eventual discordância com relação ao texto legal, este último prevalecerá.

Aceitação: Termo que define ato da Seguradora em dar acolhimento aos riscos propostos; garantir; aceitar.

Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal: 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; as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; 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: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Continuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico–científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no conceito de Acidente Pessoal acima.

Agravação de Risco: Termo utilizado para definir o ato que torna o risco mais grave do que originalmente se apresentava no momento de contratação do seguro, podendo, por isso, implicar na perda do direito da indenização.

Apólice: É o documento escrito, emitido pela Seguradora e assinado pelo seu representante legal, que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado, de modo indissolúvel, por estas Condições Gerais, Especiais e também pelas Cláusulas

Suplementares e Especiais que tiverem sido efetivamente estipuladas, bem como pelo frontispício, pela especificação detalhada ou especificação da apólice e eventuais aditivos. A apólice prova a aceitação e o conteúdo do contrato de seguro por parte da Seguradora.

Ato Doloso: É o ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato Ilícito: Ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, que viole direito e cause dano a outrem, ainda que exclusivamente moral (artigo 186 do Código Civil).

Beneficiário: São as pessoas físicas e/ou pessoas jurídicas designadas pelo segurado para receber o valor do capital segurado, na hipótese de ocorrência de um sinistro coberto.

Boa Fé: Um dos princípios básicos do seguro, exigido expressamente pela lei, pelo qual as partes se obrigam a atuar com a máxima honestidade nas relações recíprocas, dando à outra a convicção de ter agido nos termos da Lei, ou de estarem os seus atos por ela amparados, além de demonstrar estar com vontade de celebrar e executar o contrato de seguro sem pretender levar vantagem em função de ato ou omissão que conduza a outra a erro, ou a suportar prejuízo indevido.

Capital Segurado e/ou Importância Segurada: É a importância máxima estabelecida para cada garantia contratada, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado será pactuado na Proposta de Adesão.

Proposta de Adesão: É o formulário, fornecido pela SEGURADORA, na qual é indispensável o preenchimento e assinatura pelo proponente. Quando entregue à SEGURADORA caracteriza a vontade do proponente - pertencente ao grupo segurável - de ser incluído no seguro.

Carência: É o período em que a seguradora não tem responsabilidade e não indenizará os eventos cobertos pelo seguro.

Certificado Individual: É o documento entregue ao segurado principal para comprovar sua inclusão no seguro. Contém as informações básicas constantes na proposta de adesão, entre os quais, os dados cadastrais do segurado, garantias contratadas e o início de vigência individual.

Cancelamento da Apólice: É a dissolução antecipada do contrato de seguro, que pode ocorrer pelos motivos previstos por esta apólice.

Cláusula: Disposição particular. Parte de um todo que é a apólice.

Clausulado: Conjunto das cláusulas de uma apólice de seguro, ou, num sentido mais amplo, uma referência a todas as disposições do contrato.

Aviso de Sinistro: Obrigação imposta ao Segurado de comunicar formalmente a ocorrência do sinistro a Seguradora, indicando data e local de ocorrência, causa e consequências prováveis a fim de que esta possa iniciar o processo de verificação de cobertura, regulação do sinistro e pagamento da indenização.

Condições Contratuais: conjunto das disposições que regem a contratação do seguro, incluindo as constantes das Condições Gerais e das Condições Especiais.

Condições Especiais: São as condições que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de um mesmo plano de seguro.

Contrato: É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que define as particularidades operacionais e as obrigações das partes, em especial no que se refere às relações com os Segurados e Beneficiários, de forma complementar às Condições Contratuais.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e dos Beneficiários do seguro, bem como as características gerais do seguro.

Corretor de Seguros: Pessoa física devidamente credenciada por meio de curso e exame de habilitação profissional, autorizada pelos órgãos competentes a promover a intermediação de contrato de seguros e sua administração, podendo constituir-se como pessoa jurídica na forma da lei, devidamente credenciada para tal na SUSEP, obtendo para tanto a remuneração denominada Comissão de Corretagem.

Cosseguro: Divisão de um risco segurado entre várias Seguradoras, cada uma das quais se responsabiliza por uma quota-parte determinada do valor total do seguro, sendo que a indicada na apólice e denominada "Seguradora Líder" assume a responsabilidade de administrar a apólice, e representar todas as demais no relacionamento com o Segurado, inclusive em caso de sinistro, não havendo, entretanto, solidariedade entre as Seguradoras.

Doenças ou Lesões Preexistentes: São as doenças ou lesões inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro e de seu conhecimento, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e qualquer alteração evidente do seu estado de saúde, e não declaradas na proposta de adesão e declaração pessoal de saúde.

Dolo: Definição jurídica identificada de ato consciente ou intencional de causar dano ou levar vantagem a/ou sobre alguém ou coisa.

Endosso: Instrumento pelo qual a Seguradora formaliza qualquer alteração numa apólice de seguro. O mesmo que aditamento e aditivo.

Estipulante: É a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em proveito dos Segurados e fica

investida dos poderes de representação destes perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

Fraude: É a obtenção ou simples tentativa, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou somente induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.

Franquia: Quando aplicável, é o valor inicial dos prejuízos indenizáveis, absorvido exclusivamente pelo Segurado em consequência do evento coberto.

Garantia: É a designação genérica utilizada para indicar as responsabilidades pelas eventuais consequências dos riscos cobertos assumidos pela Seguradora. Pode ser empregada como sinônimo de cobertura.

Grupo Segurado: É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos das Condições Gerais.

Grupo Segurável: É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o estipulante e podem aderir ou ser incluídas no seguro de acordo com os requisitos estabelecidos nas condições contratuais do seguro.

Indenização: É a porcentagem do Capital Segurado a ser pago pela Seguradora caso ocorra o sinistro durante a vigência do seguro. Limitada ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

Internação Hospitalar: É o período contado em dias, não inferior a 24 (vinte e quatro) horas, de hospitalização do segurado, comprovado através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança ou de declaração do hospital onde ocorreu a internação.

Lesões e Acidentes Preexistentes: São sinais, sintomas e estados mórbidos contraídos ou acidente sofrido pelo segurado antes da contratação do seguro, não declarados na proposta de adesão e que sejam de seu conhecimento.

Liquidação de Sinistro(s):: É a fase final do processo de regulação de sinistro consistindo no pagamento da indenização ou no mero encerramento sem indenização do processo de sinistro.

Má Fé: Agir de modo contrário à lei, aos costumes ou ao direito, e/ou atuando propositadamente.

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

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

Negligência: omissão, descuido ou desleixo no cumprimento de encargo ou obrigação. No seguro, é considerada especialmente na prevenção do risco ou na minoração dos prejuízos.

Prêmio: É a importância paga em valor monetário pelo Segurado à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. O pagamento em dia do prêmio é imprescindível para que o Segurado ou os Beneficiários possam fazer jus às garantias deste seguro. Cada garantia determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

Proponente: É a pessoa física ou jurídica que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora.

Proposta de Contratação: É o formulário fornecido pela Seguradora, através do qual o proponente, seu representante legal ou seu corretor de seguros, manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Estipulante, como também fornece as informações necessárias para a cotação do prêmio e condições do seguro, habilitando a Seguradora a emitir a apólice de seguro, manifestando ainda pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais.

Pro-rata Temporis: Prazo de cobertura da apólice calculado pela divisão do prêmio do seguro pelo número de dias de vigência da apólice.

Risco Decorrido: é aquele em que o prêmio do seguro é pago somente após o risco objeto do contrato já ter passado, sendo prestada a garantia pela Seguradora antecipadamente. O fato de não ter ocorrido sinistro, ou seja, de não ter ocorrido o evento coberto, não exime o Estipulante da obrigação de pagamento do prêmio.

Segurados Dependentes: São o cônjuge/companheiro(a) e os filhos, enteados e menores considerados dependentes econômicos do segurado principal, regularmente incluídos no seguro.

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

Seguradora: empresa legalmente autorizada a subscrever as consequências monetárias sofridas pelos Segurados decorrentes de eventos especificados, que, devidamente autorizada a operar no ramo de seguros, sob a fiscalização da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do respectivo prêmio.

Seguro: contrato através do qual a Seguradora se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do Segurado, contra riscos nele pré-determinados.

Sinistro: ocorrência de um evento futuro, súbito, involuntário, inesperado e consequente de um risco coberto na apólice, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora. Caso não esteja amparado pelo contrato de seguro, é denominado risco ou evento não coberto.

Vigência: é o prazo de duração do seguro contratado e das coberturas contratadas.

6 Garantias do Seguro

6.1. As garantias deste Seguro são passíveis de contratação, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela seguradora e **os riscos excluídos destas condições gerais e das condições especiais, descritas por garantia:**

a) Morte - M

b) Morte Acidental - MA

c) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD

d) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença - ILPD

e) Inclusão de Cônjuge - IC

f) Inclusão de Filhos - IF

g) Auxílio Funeral Dedutível - AFD

h) Auxílio Funeral Complementar - AFC

i) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA

j) Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA

k) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente - DMHO

l) Doenças Graves - DG

m) Doenças Congênitas de Filhos - DCF

n) Perda de Renda por Desemprego - PRD

o) Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença - DIT

p) Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença- DIH

q) Verbas Rescisórias - VR

r) Adiantamento do Capital Segurado em Caso de Doente Terminal - ACDT

s) Diagnostico de Câncer de Mama Feminino - DCMF

t) Auxílio Alimentação - AA

u) Despesas Diversas por Morte - DDM

v) Despesas Diversas por Acidente - DDA

w) Adaptação Casa/Veículo por Invalidez por Acidente - ACVIA

x) Despesas Diversas por Eventos da Vida - DDEV

y) Despesas Diversas por Eventos da Vida - Nascimento de Filhos – DDEVNF

z) Diárias de Internação Hospitalar por COVID-19 – DIH-COVID-19

aa) Convalescença após Alta Hospitalar por COVID-19 – CONV-COVID-19

6.2. O Estipulante deverá informar no formulário denominado "Proposta de Contratação", quais as garantias que pretende contratar.

7 Exclusões Gerais

7.1. Além dos riscos excluídos especificados em cada garantia, este Seguro não cobre os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

a) 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;

b) de 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, atos terroristas, ou outras perturbações da ordem pública e suas consequências, exceto quando decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;

c) de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

d) de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários e respectivos representantes, quando o seguro for contratado por pessoas jurídicas;

e) de competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes;

f) de doenças, acidente ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;

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

h) de suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

8 Aceitação da Proposta de Contratação

8.1. A Proposta de Contratação/Alteração, deverá ser assinada obrigatoriamente pelo proponente, seu

representante legal ou por corretor de seguros habilitado.

8.1.1. A proposta deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. Caberá à sociedade seguradora fornecer ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.1.2. As Condições Contratuais completas deste Seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Contratação.

8.2. Nos planos coletivos, a "proposta de contratação" deve ser assinada pelo estipulante e a "proposta de adesão" deve ser assinada pelos proponentes / segurados. As propostas poderão ser formalizadas por meios remotos, quando disponibilizados pela Seguradora.

8.3. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais.

8.4. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. . Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito pela Seguradora.

8.4.1. Para análise da Proposta de Contratação, a Seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

8.4.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 8.4.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 8.4. ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

8.5. A recusa da Proposta de Contratação, bem como a justificativa da recusa, deverá ser comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral ou deduzida da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos,** devidamente corrigidos monetariamente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial.

8.6. O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

8.7. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

a) cancelar o seguro;

b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou

c) cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

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

8.9. A emissão da apólice, do certificado ou do endosso, será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta. A utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais deverá garantir a possibilidade de impressão ou download do documento pelo estipulante e/ou pelo Segurado.

9 Análise e Aceitação da Proposta de Adesão

9.1. Poderão ser incluídos no seguro os Proponentes que preencham as seguintes condições:

a) Serão aceitos os proponentes pertencentes ao grupo segurável que preencham as regras do seguro descritas na Proposta de Contratação.

9.2. A inclusão dos Segurados é feita por adesão ao Contrato Coletivo, conforme **item 12** destas Condições Gerais, mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão.

9.3. Para a aceitação do seguro poderá a Seguradora eventualmente exigir, além dos questionários existentes na Proposta de Adesão, outros documentos necessários à análise do risco, tais como: declaração complementar de saúde, relatório médico, resultado de exames complementares, e informações sobre a situação financeira do segurado.

9.4. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

9.4.1. Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, **por uma única vez,** a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

9.4.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 9.4.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 9.4 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

9.5. A análise e aceitação do risco individual basear-se-á em critérios técnicos adotados pela Seguradora, que reserva a si o direito de aceitar ou não a proposta apresentada.

9.6. A recusa da Proposta de Adesão, bem como a justificativa da recusa, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente corrigidos monetariamente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial, desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

9.7. Prevalece o disposto nos itens 8.6 a 8.8 destas Condições Gerais para as propostas de adesão e alterações das mesmas.

10 Âmbito Geográfico de Cobertura

10.1. O presente seguro cobre todos os sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre e os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão totalmente a cargo da Seguradora.

11 Custeio do Seguro

11.1. Para fins deste Seguro e de acordo com a declaração constante deste contrato o custeio poderá ser:

a) não contributário, quando os Segurados não pagam prêmios, ou

b) contributário, quando os Segurados pagam prêmios total ou parcialmente.

11.2. O custeio deste Seguro será determinado pela aplicação das taxas de cada garantia ao seu respectivo Capital Segurado.

12 Inclusão de Segurados

12.1. A inclusão dos Segurados, Principais e Dependentes, é feita por adesão a este Seguro, conforme indicação na Proposta de Contratação e nas Condições Especiais, das seguintes formas:

Segurados Principais:

a) Compulsório, quando o Seguro abranger todos os Componentes do Grupo Segurável;

b) Facultativa, quando o Seguro abranger somente os Componentes do Grupo Segurável que tiverem sua inclusão expressamente declarada.

Cônjuge:
a) Automática, quando abranger todos os cônjuges dos Segurados Principais;

b) Facultativa, quando o Seguro abranger somente os cônjuges dos Segurados Principais, que assim o autorizem.

As condições de inclusão e aceitação do cônjuge, forma de cancelamento, bem como valor do Capital Segurado, estão reguladas na Cláusula Suplementar de Inclusão de cônjuge.

Filhos:

As condições de inclusão e aceitação de filhos, forma de cancelamento, bem como valor do Capital Segurado, estão reguladas na Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos.

12.2. Em caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas ou prestação de serviços, seja na condição de segurado principal ou dependente.

12.3. Os capitais segurados do componente dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao do componente principal.

13 Prova do Seguro

13.1. Aceito no seguro será entregue, ao segurado principal, certificado individual comprovando a aceitação, contendo os seguintes elementos mínimos:

a) Data do início e término do seguro individual **do segurado principal e seus dependentes;**

b) Capitais Segurados de cada Cobertura;

c) Valor do prêmio total.

13.2. O certificado individual sempre será emitido e enviado ao segurado no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes, em caso de planos coletivos.

13.3. Será incluída no Certificado Individual a informação de que cada Segurado Principal poderá, a qualquer tempo, designar ou substituir expressamente os Beneficiários do Seguro.

14 Renovação e Vigência do Seguro

14.1. Da Renovação e Vigência da Apólice

14.1.1. A apólice mestra vigerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no contrato.

Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, irá comunicar ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, trinta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

14.1.2. A renovação automática só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

14.1.3. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado.

14.1.4. No caso de não renovação da apólice e na hipótese de eventualmente existirem certificados individuais cujo fim de vigência ultrapasse o fim de vigência da apólice não renovada,

a apólice e o respectivo contrato coletivo deverão ter suas vigências estendidas, pelo estipulante e pela sociedade seguradora, até o final de vigência especificado nos certificados individuais já emitidos, respeitando-se os prêmios pagos e/ou devidos.

14.1.5. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

14.2. Da Vigência dos Seguros Individuais

14.2.1. Os seguros individuais vigerão enquanto vigorar a Apólice, desde que respeitados os demais termos destas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento do contrato ou do seguro individual.

14.2.1.1. No caso de não renovação da apólice, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

14.2.2. O início e o fim de vigência das coberturas individuais do Seguro serão a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia fixado no contrato, desde que o seguro seja aceito pela Seguradora e o prêmio pago na forma pactuada.

14.2.3. O início de vigência será a data da aceitação da proposta ou data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio, ou o início de vigência indicado na proposta, se posterior, e a data da formalização da recusa.

14.2.3.1. Para os prêmios recebidos através de cheques bancários, somente serão considerados pagos após a compensação positiva dos mesmos.

14.2.3.2. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto nas Condições Gerais desta apólice.

14.2.4. O início de vigência das coberturas individuais dos empregados e/ou sócio/diretores do Estipulante que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data da contratação deste Seguro, e dos empregados e/ou sócio/diretores do Estipulante admitidos durante o

período de vigência da apólice, será à zero hora do primeiro dia do mês de competência em que o nome do proponente/segurado aparece pela primeira vez na relação mensal enviada pelo Estipulante à Seguradora, desde que o seguro seja aceito pela Seguradora e o prêmio pago na forma pactuada.

15 Cancelamento do Seguro

15.1. A apólice será cancelada:

a) por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado e consequente cancelamento dos certificados individuais vinculados à apólice coletiva;

b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios;

c) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato; e

d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.

e) quando o Estipulante não concordar com a correção na taxa de seguro prevista nesta apólice.

15.2. Ocorrerá o cancelamento do seguro individual nos seguintes casos:

a) por solicitação formal do Segurado, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;

b) atraso no pagamento das parcelas do Prêmio, observado o disposto no item 23 destas Condições Gerais;

c) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;

d) ocorrência da morte ou invalidez permanente total do Segurado Principal;

e) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boafé objetiva durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro;

f) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos;

g) automaticamente pela inexatidão ou omissão nas declarações do segurado durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro;

h) com o cancelamento da apólice ou final de sua vigência, sem renovação;

i) quando o Segurado não concordar com a correção na taxa de seguro prevista nesta apólice.

15.2.1. No caso da alínea "c", o Segurado pode optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança quando previsto em contrato.

15.3. A inclusão do Segurado Dependente será cancelada automaticamente:

a) com o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;

b) com o cancelamento do seguro contratado pelo Estipulante;

c) por solicitação do Segurado Principal, quando a inclusão for facultativa;

d) com a cessação da condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;

e) com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

15.4. Além da situação mencionada acima a apólice será cancelada, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias por mútuo e expresso consenso das partes contratantes, Estipulante, Seguradora e 3/4 (três quartos) do grupo segurado;

15.5. A rescisão total ou parcial do contrato poderá ser realizada a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, mas sempre com a concordância recíproca.

15.6. Na hipótese de rescisão conforme item 15.5 acima, a sociedade seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

16 Capital Segurado

Para fins deste Seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para cada garantia, vigente na data do evento.

16.1. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada garantia vigente na data do evento.

16.1.1. A data do evento será determinada a cada garantia, e consta das condições especiais do seguro;

16.2. Atualização do capital segurado

16.2.1. Para os seguros com vigência superior a 1 (um) ano, o valor do capital segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao aniversário do certificado individual.

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

16.2.3. O Contrato poderá estabelecer ainda que, no caso de capital segurado múltiplo salarial, o valor do capital segurado e dos prêmios poderá ser alterado segundo a variação do salário ou provento do Segurado Principal.

17 Alteração do Capital Segurado e Prêmio

17.1. Os Capitais Segurados serão estabelecidos na apólice e poderão ser alterados a qualquer momento, a pedido do Estipulante, desde que expressamente aceitos pela Seguradora.

17.2. Qualquer aumento de Capitais implicará em aumento automático dos prêmios, que será calculado de acordo com a variação do capital segurado e da taxa de seguro.

17.3. As alterações de Capitais e prêmios se aplicam a todos os Segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais é assegurada a aplicação do mesmo critério de revisão adotado para os Segurados ativos.

17.4. A alteração de Capitais e prêmios deverá ser submetida a anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado, caso implique em ônus ou perda de direito pelos segurados, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária e reenquadramentos previstos nestas condições gerais e nas condições contratuais.

17.5. As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

18 Critério de Taxa

18.1. A taxa deste seguro será determinada de acordo com a idade média atuarial dos membros do grupo segurável, a taxa média e a respectiva idade média atuarial constarão da proposta de contratação e das condições contratuais.

18.2. Anualmente no aniversário da apólice ou em periodicidade definida nas condições contratuais a seguradora poderá recalcular a taxa e alterar o faturamento dos prêmios se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros avisados superar o de prêmios arrecadados.

> **18.2.1. Para realizar a alteração, a taxa prevista no item anterior deverá ser submetida a anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado, caso implique em ônus ou perda de direito pelos segurados, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária e reenquadramento previstos nestas condições gerais e nas condições contratuais.**

19 Carência e Franquia

19.1. As garantias deste seguro estão sujeitas ao período de carência e franquia definido nas condições especiais de cada garantia e no contrato.

19.2. O período de carência será contado a partir do início de vigência individual, ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, ou do aumento do Capital Segurado, na parte

que se refere a esse aumento, e não poderá exceder metade do prazo de vigência do certificado individual.

19.3. O limite máximo do prazo de carência será de dois anos.

19.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que, na forma da legislação vigente, é de 2 (dois) anos ininterruptos.

19.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

19.6. Não será reiniciada a contagem de novo período de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior nos casos de transferência do grupo segurado de outra seguradora e renovação de apólice.

20 Pagamento do Prêmio

20.1. É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente a cobrança do prêmio individual e quitação nas apólices coletivas, nos prazos contratuais das respectivas faturas de seguro emitidas pela Seguradora.

20.2. O pagamento da fatura até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se referir.

20.3. Os critérios estabelecidos para a emissão das faturas e seus prazos para pagamento estão definidos no contrato.

20.4. O pagamento poderá ser pago de forma única, mensal, trimestral, semestral ou fracionado de acordo com o estabelecido no contrato desta apólice.

20.5. Qualquer indenização por força do presente contrato somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado e/ou Estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data limite prevista para este fim.

> **20.5.1. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.**
>
> **20.5.2. Na hipótese do não cumprimento da obrigação de pagamento do prêmio até a data limite prevista no subitem 20.2 acima, e havendo prêmio a ser pago por**

risco decorrido, a Seguradora fica autorizada, independentemente da ocorrência de sinistro, a efetuar a cobrança do prêmio em atraso.

O prêmio devido será acrescido de multa de 2% e juros de 1% ao mês "pro-rata die", até o efetivo pagamento.

20.6. A data limite para pagamento do primeiro prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão da apólice, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do prêmio.

20.7. Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário. A sociedade seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao segurado ou se representante ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

20.8. A falta de pagamento da primeira parcela ou do prêmio à vista implicará o cancelamento da apólice.

20.9. Fica vedado o cancelamento do contrato de 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.

20.10. No caso da cobrança do prêmio se efetuar através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

20.10.1. Nos casos de pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de Estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos Segurados ou respectivos Beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

20.11. Na cobrança de prêmio mediante carnê, a Seguradora deve providenciar para que o Segurado e/ou Estipulante receba o novo carnê de pagamento até 30 (trinta) dias antes do vencimento de sua primeira parcela.

20.11.1.Caso o Segurado e/ou Estipulante não receba o novo carnê até o prazo estabelecido e desde que não tenha havido cancelamento da apólice, é seu direito efetuar o pagamento do prêmio mediante depósito bancário na conta indicada no

carnê anterior, o que deve ser feito antes do início do novo período de cobertura.

20.12. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio de seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido.

20.13. Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

20.14. Os prêmios poderão ser fracionados em parcelas, em número inferior ao de meses de vigência da apólice de seguro, não devendo a última parcela ter vencimento posterior ao término do seguro.

20.14.1. Em caso de parcelamento do prêmio, não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

20.14.2. Nos casos em que o pagamento do prêmio incluir uma parcela de juros, o Segurado poderá fazer a antecipação do pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

20.14.3. No caso da falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, devendo ser observada, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

20.14.3.1. Para os percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais correspondentes ao prazo imediatamente superiores.

20.14.3.2. A Seguradora é obrigada a informar ao Segurado, ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de

vigência ajustado.

20.14.3.3. Se a aplicação do disposto no subitem 20.14.3 não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a apólice de seguro será cancelada.

20.14.3.4. O prazo original da apólice ficará automaticamente restaurado caso seja restabelecido o pagamento do prêmio, dentro do prazo previsto no contrato, podendo a Seguradora cobrar os juros e multa conforme o item 20.5.2.

20.14.3.5. Concluído o prazo de vigência ajustada, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a Seguradora poderá cancelar a apólice, ficando a Seguradora desobrigada de qualquer obrigação de pagamento de indenização securitária.

21 Suspensão de Coberturas por Atraso nos Pagamentos de Prêmios

21.1. Nos casos em que a data de vencimento da parcela do prêmio for anterior ao período de cobertura, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas por até o prazo de 90 (noventa) dias a partir data do vencimento. Neste prazo, os Segurados ou seus beneficiários perderão o direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

21.2. Nos casos em que a data de vencimento da parcela do prêmio for dentro do período de cobertura ou posterior, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme a lei permitir. Esta situação acarretará na suspensão imediata e automática de todas as coberturas por até o prazo de 90 (noventa) dias a partir da data do vencimento. Neste prazo, os Segurados ou seus beneficiários perderão o direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

21.2.1. O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias, será acrescido de multa de 2,0% e juros de 1,0% ao mês, a título de juros de mora.

22 Reabilitação de Coberturas

Quando suspenso, o seguro, seja a apólice mestra, sejam as coberturas individuais, poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente ao atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.

23 Cancelamento de Coberturas por Falta de Pagamento de Prêmios

23.1. Não havendo o pagamento do prêmio devido no prazo de até 90 (noventa) dias, conforme o item 21, o seguro será cancelado automaticamente.

24 Obrigação da Seguradora

24.1. A sociedade seguradora é obrigada a:

a) informar ao segurado a situação de adimplência do estipulante ou subestipulante, sempre que solicitado;

b) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências de cancelamento previstas na cláusula 20. PAGAMENTO DO PRÊMIO destas Condições Gerais; e

c) prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

25 Alteração e Reavaliação de Taxas e Valores do Contrato

25.1. A taxa de prêmio do seguro será recalculada anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado naquele período. A Seguradora se reserva o direito de recalcular o prêmio mensal antes da data prevista, caso venha a ocorrer alteração significativa no grupo segurado e que possa influir na taxa do seguro. As alterações

previstas serão demonstradas por estudos técnico-atuariais elaborados por atuário.

25.2. Fica facultado à Seguradora, na eventualidade de desequilíbrio atuarial causado por aumento significativo da sinistralidade, comprovado por estudo técnico-atuarial, proceder às correções necessárias na taxa do seguro objetivando a recuperação do equilíbrio.

> **25.2.1. Na hipótese do item anterior, caso o Estipulante não concorde com a correção proposta pelo estudo técnico-atuarial, fica facultada à Seguradora proceder a não renovação da apólice no seu final de vigência.**

25.3. Qualquer modificação do contrato em vigor, inclusive nas taxas do seguro, que implique em ônus ou deveres adicionais ou redução de direitos para os segurados dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

25.4. As novas taxas serão aplicadas, exclusivamente, às novas operações.

25.5. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

26 Sinistros

26.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, este deverá ser, imediatamente, a ela comunicado, através do preenchimento e entrega do formulário denominado “Aviso de Sinistro” à Seguradora.

26.2. Fazer constar da comunicação escrita a data, a hora, o local, os valores e as causas possíveis, bem como todas as informações e esclarecimentos sobre as circunstâncias associadas ao evento.

26.3. O pagamento de qualquer capital segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos constantes nas condições especiais de cada garantia contratada, sem prejuízo de outros que se façam necessários dada a especificidade do caso concreto.

26.4. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nas condições especiais da garantia contratada, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 26.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data do

recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

26.4.1. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 26.3 e 26.4, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 1,0% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

26.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o aviso de sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

26.6. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

26.7. A sociedade seguradora poderá solicitar cópia de atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados (a tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização) em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido.

26.8. O plano só poderá prever a solicitação de outros documentos além daqueles contratualmente previstos para a habilitação ao recebimento da indenização em caso de dúvida fundada e justificável.

26.9. Reconhecida a invalidez laborativa pela sociedade seguradora, a indenização deve ser paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes o que constará expressamente no contrato.

Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme previsto no subitem anterior, o segurado será automaticamente excluído da apólice, conforme estruturação técnica do plano, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

26.10. Junta Médica

26.10.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão

das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

26.10.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

26.10.3. 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.

26.11. Perícia da Seguradora

26.11.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do evento nos termos destas Condições Gerais.

26.11.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

26.11.3. Comprovado algum tipo de irregularidade, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

26.11.4. Os atos ou providências que a seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado reclamado.

27 Perda de Direito à Indenização

27.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários:

27.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários:

a) Inexatidão ou omissão nas declarações do segurado durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro;

b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;

c) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;

d) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;

e) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;

f) não fornecimento da documentação solicitada.

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

27.2. Se o Segurado, por si ou por seu representante, 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.

27.2.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora deverá:

I – 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, e/ou restringindo termos e condições da cobertura contratada.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou

b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível, deduzindo-a do valor a ser indenizado e/ou restringindo termos e condições da cobertura contratada.

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

27.2.2. Sob pena de perder o direito à indenização, o segurado participará o sinistro à sociedade seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.

28 Beneficiários

28.1. Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

28.2. Alteração de Beneficiários

O Segurado poderá, a qualquer tempo, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

28.2.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

28.3. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação feita, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

28.4. Beneficiários dos Segurados Dependentes

Em caso de morte devidamente coberta do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será o Segurado Principal. Para as demais coberturas oferecidas ao Segurado Dependente, o beneficiário será sempre o próprio Segurado

Dependente.

28.5. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, os capitais segurados referentes às coberturas do Segurado Dependente deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

29 Existência de Outros Seguros

29.1. O Segurado se obriga a declarar na Proposta de Adesão a existência de quaisquer outros Seguros de Vida que possua.

30 Material de Divulgação

30.1. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições contratuais submetidas à Susep, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.ações feitas.

31 Outras Obrigações do Estipulante

31.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e do Contrato, constituem, ainda, obrigações do estipulante:

I - fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;

II - manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;

III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;

IV - repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;

V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;

VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;

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

VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

IX – comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e

X - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

32 Vedação do Estipulante

É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante:

I. Cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela sociedade seguradora; e

II. Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

33 Distribuição de Excedentes Técnicos

Desde que estabelecido no Contrato, ao final de cada vigência da apólice e depois de pagas todas as faturas do período, será apurado o excedente técnico da apólice, destinando-se um percentual do resultado obtido ao Estipulante, ou, no caso de seguro contributário, aos Segurados. O resultado ou excedente técnico é o excesso, porventura existente, da receita sobre a despesa. Para fins da apuração

do resultado técnico consideram-se no mínimo os itens abaixo estabelecidos. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de excedente técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

33.1. Como Receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;

b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;

c) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR) do período anterior;

d) Recuperação de sinistros em resseguro.

33.2. Como Despesa para os mesmos fins:

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) Valor total de sinistros ocorridos em qualquer época e avisados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR), considerandose para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período conforme acordado com o Estipulante;

f) Saldo negativo dos períodos anteriores, ainda não compensados;

g) As despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante;

h) Prêmios de resseguro;

i) Os seguintes tributos: PIS, COFINS, CPMF, IR e CSLL;

j) Despesas de Marketing;

k) Valor total das despesas de desenvolvimento, confecção e envio de quaisquer materiais de a serem fornecidos aos segurados; e

l) Valor total das despesas com Assistências.

33.3. As Receitas e Despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

a) O respectivo dia de pagamento para Prêmio e Comissões;

b) O dia do aviso à Seguradora, para os Sinistros;

c) A data da última apuração, para os Saldos Negativos anteriores;

d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

33.4. A apuração do resultado far-se-á após o término de vigência da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação.

34 Tributos

34.1. Os tributos relativos a este Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

35 Tolerância

35.1. A tolerância de uma das partes quanto ao descumprimento de qualquer obrigação pela outra parte não significará renúncia ao direito de exigir o cumprimento da obrigação, nem perdão, nem alteração do que foi aqui contratado.

36 Moeda

36.1. Todos os prêmios, limites, franquias e outras importâncias especificadas nesta apólice estão

expressas e deverão ser pagas em moeda corrente do Brasil.

37 Encargos de Tradução

37.1. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão aceitos para liquidação de sinistro os documentos no idioma do país de origem da despesa.

38 Foro

38.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas que decorram da execução das presentes Condições Gerais, Cláusulas Suplementares e Especiais.

39 Prescrição

39.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, devidamente coberta, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2 Riscos Excluídos

2.1. Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

3 Carência

3.1. O período de carência desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro.

4 Capital Segurado

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

5 Beneficiário do Seguro

5.1. Na garantia de Morte do segurado principal, o mesmo poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

5.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que estabelece a lei.

5.3. Na garantia dos segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será sempre o segurado principal e na falta deste, os herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

6 Liquidação de Sinistros

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;

c) Cópia simples da certidão de óbito;

d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado atualizada;

e) Cópia simples da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;

f) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

g) Cópia autenticada do boletim de ocorrência policial quando a morte ocorrer na residência;

h) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;

i) Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal;

j) Cópia simples da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);

k) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);

l) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;

m) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);

n) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;

o) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;

p) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;

q) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;

r) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;

s) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;

t) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7 Ratificação

7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia, em caso de morte do segurado consequente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2 Definições

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3 Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos constantes nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;

b) Das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços

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

c) De 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 ferimentos visíveis;

d) De intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;

e) Das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

f) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gazes e vapores;

g) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;

i) Da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4 Carência e Franquia

4.1. Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito na alínea h do item 7 das Condições Gerais.

Para esta garantia não há franquia.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como

6 Beneficiários do Seguro

6.1. . Na garantia de Morte Acidental do segurado principal, o mesmo poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

6.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que estabelece a lei.

6.3. Na garantia dos segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será sempre o segurado principal e na falta deste, os herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;

c) Cópia simples da certidão de óbito;

d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;

e) Cópia simples da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;

f) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

g) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);

h) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;

i) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);

j) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;

k) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);

l) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;

m) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;

n) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;

o) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;

p) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;

q) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;

r) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante ao segurado, a antecipação do capital segurado contratado para a garantia de morte, em caso de invalidez consequente de doença que resulte na invalidez funcional permanente total por doença, comprovada através de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas, **exceto se a doença for decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. São considerados Quadros Clínicos Incapacitantes, os provenientes **exclusivamente das seguintes doenças:**

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

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

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

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

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

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

g) Deficiência visual grave, **decorrente de doença:**

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual

ou menor que 60º; ou

• Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

i) Estados mórbidos dos membros/mão/pés, **decorrentes de doença,** a seguir relacionados:

• Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

• Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

• Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

1.4. A seguradora reserva-se no direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

1.5. No caso de discordância sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão de uma das doenças previstas no item 1.2, ou matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, uma junta médica composta de 3(três) médicos especialistas, sendo um indicado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

1.5.1. 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.

1.5.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

1.6. As despesas efetuadas com a comprovação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas

diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constitui ato de reconhecimento da obrigação de pagamento de indenização do capital segurado contratado para esta garantia.

1.7. A garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumula com a garantia de Morte.

1.8. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data da constatação da invalidez, devidamente atualizados conforme previsto nas condições gerais. Portanto, em caso de morte após a data da constatação da Invalidez Funcional Permanente por Doença, a indenização por Morte não é devida.

1.9.Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2 Definições

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: é a invalidez que cause a perda da existência independente do segurado, caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

Quadro Clínico Incapacitante: é o conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

3 Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos para todas as garantias do seguro constante nas condições gerais, estão expressamente excluídos desta garantia, e, portanto, a seguradora não indenizará, os seguintes eventos ocorridos em consequência de:

a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou

indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

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

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

4 Carência

4.1. O período de carência desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento no caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a data indicada na declaração médica idônea aceita pela seguradora. A data da invalidez será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos.

6 Liquidação de Sinistros

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original do aviso de sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF do segurado sinistrado;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

d) Cópia simples dos Exames Médicos da época da constatação da doença (informando o

comprometimento funcional do segurado principal);

e) Cópia do relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi diagnosticada e detalhando o Quadro Clinico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autonômicas do segurado;

f) Cópia simples do Documento Médico que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível.

g) Cópia simples da Declaração Médica indicando a data da invalidez que deverá constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no Quadro Clínico Incapacitante.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7 Ratificação

7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objetivo da Garantia

1.1. Garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, em caso de invalidez laborativa permanente e total do Segurado, em consequência exclusivamente de doença, contraída durante a vigência da apólice e para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado, excluídos os eventos não cobertos constantes destas Condições Especiais e das Condições Gerais da apólice, além da legislação aplicável.

1.2. Após o pagamento do capital segurado, conforme previsto nestas Condições Especiais, esta cobertura será cancelada automaticamente, sendo deduzido o valor do prêmio correspondente e permanecendo em vigor a apólice com a(s) outra(s) cobertura(s) contratada(s).

1.3. Esta cobertura cessará automaticamente quando o(a) Segurado(a) completar 70 (setenta) anos de idade, sendo deduzido o valor do prêmio correspondente e permanecendo em vigor a apólice com a(s) outra(s) cobertura(s) contratada(s).

2 Conceito

2.1. Para fins de indenização desta cobertura é considerada como Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exclusivamente para a atividade laborativa principal do Segurado.

2.1.1. Estão excluídas as doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Adesão, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas.

2.2. Entende-se por Atividade Laborativa principal aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda, com base na declaração anual de ajuste do imposto de renda ano base anterior ao ano em que foi caracterizada a invalidez.

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

2.4. Não podem figurar como Segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

3 Riscos Excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na Cláusula 7 (Exclusões Gerais) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos gerados por doenças do trabalho ou profissionais, que não se enquadram nas definições desta cobertura e das Condições Gerais.

3.2. Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal.

4 Carência

4.1. O período de carência desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro.

5 Capital Segurado

5.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data da caracterização da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.

5.2. Considera-se como data do evento, para determinação do capital segurado, a data indicada na declaração médica que constate o quadro de invalidez acima conceituado.

5.3. O capital segurado desta cobertura está limitado a 100% (cem por cento) do capital da cobertura de morte.

6 Liquidação de Sinistro

5.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original do aviso de sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF do segurado sinistrado;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

d) Cópia dos Exames Médicos da época da constatação da doença (informando o comprometimento funcional do segurado principal);

e) Cópia simples do relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi diagnosticada e detalhando o Quadro Clinico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autonômicas do segurado;

f) Cópia simples do Documento Médico que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível.

g) Cópia simples da Declaração Médica indicando a data da invalidez que deverá constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no Quadro Clínico Incapacitante.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7 Ratificação

7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado durante a vigência do seguro, em caso de falecimento de seu cônjuge, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais de cada garantia.

1.1.1. O cônjuge poderá, também, participar das demais garantias mediante solicitação do estipulante, e desde que sejam contratadas para o segurado principal.

1.2. Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de segurado dependente o cônjuge que participe na apólice na qualidade de segurado principal.

1.3.Não participará desta cláusula o cônjuge separado de fato do segurado

2 Definições

Cônjuge ou companheira (o): equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados principais, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, de acordo com a legislação em vigor.

3 Formas de Contratação

3.1. Será estabelecido no contrato de seguro e poderá ser:

3.1.1. Facultativa: abrange os componentes que tiverem sua inclusão autorizada pelo segurado principal, cuja(s) garantia(s) seja(m) contratada(s) por conta e ordem do estipulante;

3.1.2. Automática: incluem-se todos os cônjuges dos segurados principais do grupo segurado, **exceto cônjuges ou companheiros que façam parte do mesmo grupo segurável do segurado principal ou aqueles que estejam separados de fato do segurado principal na data do sinistro.**

4 Garantias

4.1. As garantias que poderão ser contratadas para o cônjuge serão estabelecidas na proposta de contratação e no contrato de seguro, desde que, contratadas para o segurado principal e obedecerão as mesmas disposições estabelecidas nas condições contratuais.

5 Cessação das Garantias

5.1. Ocorrerá a cessação desta garantia e cancelamento do seguro individual:

a) Com o desaparecimento do vínculo existente entre o estipulante e o segurado principal;

b) Com a morte ou invalidez total e permanente por acidente do segurado principal;

c) Se for cancelada a respectiva cláusula de inclusão de cônjuge;

d) Se cessar a condição de dependente do segurado principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à seguradora;

e) A pedido do segurado principal;

f) Com a inclusão do dependente no seguro na condição de segurado principal.

6 Carência e Franquia

6.1. O período de carência e franquia desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro, seguindo os mesmos critérios aplicáveis ao titular do seguro.

7 Capital Segurado

7.1. O capital de cada garantia será definido nas condições contratuais e o capital segurado do cônjuge não poderá ser superior 100%(cem por cento) do capital segurado do segurado principal na(s) respectiva(s) cláusula(s) contratada(s).

8 Liquidação de Sinistros

8.1. O beneficiário e os documentos necessários para liquidação de sinistro serão definidos conforme cada garantia contratada.

9 Ratificação

9.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado durante a vigência do seguro em caso de falecimento de seu(s) filho(s), excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

1.1.1. O(s) filho(s) poderá, também, participar das demais garantias mediante solicitação do estipulante, e desde que sejam contratadas para o segurado principal.

1.2. Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de segurado dependente o(s) filho(s) que participe na apólice na qualidade de segurado principal.

1.3. Em caso de filhos menores de 14 anos, será garantido o reembolso de despesas com funeral, limitado ao capital segurado desta cobertura, definido no contrato de seguro, mediante apresentação de notas fiscais originais e nominais ao responsável pelo funeral.

1.4. Somente será incluído como segurado dependente o(s) filho(s), enteados e menores considerados dependentes do segurado principal e, desde que, no momento da contratação, estejam em perfeitas condições de saúde e com idade máxima de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos se universitário.

2 Definições

Filho(s): equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado, desde que comprovada, documentalmente.

3 Formas de Contratação

3.1. Será estabelecido no contrato de seguro e poderá ser:

3.1.1. Facultativa: abrange o(s) filho(s) dos segurados principais e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizarem, desde que esta garantia seja contratada por conta e ordem do estipulante;

3.1.2. Automática: abrange o(s) filho(s) de todos os segurados principais e/ou dos cônjuges segurados, desde que esta garantia seja contratada por conta e ordem do estipulante.

4 Garantias

4.1. As garantias que poderão ser contratadas para o(s) filho(s) serão estabelecidas na proposta de contratação e no contrato de seguro, desde que, contratadas para o segurado principal e obedecerão as mesmas disposições estabelecidas nas condições contratuais.

5 Carência e Franquia

5.1. O período de carência e franquia desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro, seguindo os mesmos critérios aplicáveis ao titular do seguro.

6 Capital Segurado

6.1. O capital de cada garantia será definido nas condições contratuais e o capital segurado do filho não poderá ser superior 100%(cem por cento) do capital segurado do segurado principal na(s) respectiva(s) cláusula(s) contratada(s).

7 Liquidação de Sinistros

7.1. O beneficiário e os documentos necessários para liquidação de sinistro serão definidos conforme cada garantia contratada.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante a antecipação do capital segurado contratado para garantir o pagamento das despesas com funeral em caso de morte do segurado, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. A presente garantia somente poderá ser contratada em conjunto com a contratação da garantia de morte e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a garantia relativa à garantia de morte.

1.3. O pagamento da referida garantia será através de reembolso das despesas com funeral, mediante entrega de comprovantes originais das respectivas despesas, até o limite do capital segurado estabelecido no contrato de seguro.

1.4. O valor de indenização desta garantia será deduzido da importância a ser indenizada para a garantia de morte.

1.5. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2 Definições

Auxílio Funeral: é o reembolso das despesas efetuadas com o sepultamento ou cremação, em caso de morte do segurado.

3 Riscos Excluídos

3.1. Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

4 Carência e Franquia

4.1. Não há prazo de carência ou franquia para esta garantia.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

a) A data da morte.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Na garantia Auxílio Funeral Dedutível do segurado principal e/ou dos segurados dependentes, o beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas, comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. . Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Nome e CPF do segurado sinistrado;

c) Localidade e número de telefone pelo qual poderão ser encontrados os familiares do segurado;

d) Comprovantes originais de pagamento das despesas com funeral.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante o reembolso das despesas com funeral, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, na ocorrência de morte do segurado, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. O reembolso das despesas com funeral será pago mediante entrega de comprovantes originais das respectivas despesas, até o limite do capital segurado contratado para esta garantia.

1.3. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2 Definições

Auxílio Funeral: é o reembolso das despesas efetuadas com o sepultamento ou cremação, em caso de morte do segurado.

3 Riscos Excluídos

3.1. Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

4 Carência e Franquia

4.1. Não há prazo de carência ou franquia para esta garantia.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

a) A data da morte.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Na garantia Auxílio Funeral Complementar do segurado principal e/ou dos segurados dependentes, o beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas, comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Nome e CPF do segurado sinistrado;

c) Localidade e número de telefone pelo qual poderão ser encontrados os familiares do segurado;

d) Comprovantes originais de pagamento das despesas com funeral.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante ao segurado o pagamento de indenização proporcional ou integral do capital segurado contratado para esta garantia, sendo o valor do pagamento é definido após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e após constatada e avaliada a invalidez permanente, quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.1.1. Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Invalidez Total	
Perda total da visão de ambos os olhos.	**100**
Perda total do uso de ambos os membros superiores.	**100**
Perda total do uso de ambos os membros inferiores.	**100**
Perda total do uso de ambas as mãos.	**100**
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.	**100**
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés.	**100**
Perda total do uso de ambos os pés.	**100**
Alienação mental total e incurável.	**100**
Nefrectomia Bilateral.	**100**

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Invalidez Parcial - Diversas	
Perda total da visão de um olho.	**30**
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista.	**70**
Surdez total incurável de ambos os ouvidos.	**40**
Surdez total incurável de um dos ouvidos.	**20**
Mudez incurável.	**50**
Fratura não consolidada do maxilar inferior.	**20**
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral.	**20**
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral.	**25**

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Invalidez Parcial - Membros Superiores	
Perda total do uso de um dos membros superiores.	**70**
Perda total do uso de uma das mãos.	**60**
Fratura não consolidada de um dos úmeros.	**50**
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares.	**30**
Anquilose total de um dos ombros.	**25**
Anquilose total de um dos cotovelos.	**25**
Anquilose total de um dos punhos.	**20**
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano.	**25**
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano.	**18**

Perda total do uso da falange distal do polegar.	**09**
Perda total do uso de um dos dedos indicadores.	**15**
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios.	**12**
Perda total do uso de um dos dedos anulares.	**09**
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: **Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.**	

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Invalidez Parcial - Membros Inferiores	
Perda total do uso de um dos membros inferiores.	**70**
Perda total do uso de um dos pés.	**50**
Fratura não consolidada de um fêmur.	**50**
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros.	**25**
Fratura não consolidada da rótula.	**20**
Fratura não consolidada de um pé.	**20**
Anquilose total de um dos joelhos.	**20**
Anquilose total de um dos tornozelos.	**20**
Anquilose total de um quadril.	**20**
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé.	**25**
Amputação do primeiro dedo.	**10**
Amputação de qualquer outro dedo.	**03**

Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: **indenização equivalente a ½ e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo encurtamento de um dos membros inferiores:**	
de 5 (cinco) centímetros ou mais.	**15**
de 4 (quatro) centímetros.	**10**
de 3 (três) centímetros.	**06**
menos de 3 (três) centímetros: **sem indenização.**	**0**

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Diversas	
Mandíbula: Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
Em grau mínimo.	**10**
Em grau médio.	**20**
Em grau máximo.	**30**
Nariz	
Perda total do nariz.	**25**
Perda total do olfato.	**07**
Perda do olfato com alterações gustativas.	**10**
Aparelho Visual: Lesões das vias lacrimais	
Unilateral.	**07**
Unilateral com fístulas.	**15**
Bilateral.	**14**
Bilateral com fístulas.	**25**

Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral.	**03**
Ectrópio bilateral.	**06**
Entrópio unilateral.	**07**
Entrópio bilateral.	**14**
Má oclusão palpebral unilateral.	**03**
Má oclusão palpebral bilateral.	**06**
Ptose palpebral unilateral.	**05**
Ptose palpebral bilateral.	**10**
Aparelho da Fonação	
Perda da palavra (mudez incurável).	**50**
Perda de substância (palato mole e duro).	**15**
Amputação total da língua.	**50**
Amputação Parcial da língua (menos de 50%).	**15**
Amputação Parcial da língua (mais de 50%).	**30**
Sistema Auditivo	
Perda total de uma orelha.	**08**
Perda total das duas orelhas.	**16**
Perda do baço	**15**
Aparelho Urinário: Perda de um rim	
Função renal preservada.	**15**
Redução em grau mínimo da função renal.	**25**
Redução em grau médio da função renal.	**50**

Insuficiência renal.	**75**

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Diversas	
Aparelho Genital e Reprodutor	
Perda de um testículo.	**10**
Perda de dois testículos.	**30**
Amputação traumática do pênis.	**50**
Perda do útero antes da menopausa.	**40**
Perda do útero depois da menopausa.	**10**
Parede Abdominal	
Hérnia traumática.	**10**
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização).	**00**
Síndrome Psiquiátricas	
Síndrome pós-concussional.	**10**
Transtorno neurótico (estressse pós-traumático).	**02**
Pescoço	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição.	**15**
Lesão do esôfago com transtornos da função motora.	**15**
Paralisia de uma corda vocal.	**10**
Paralisia de duas cordas vocais.	**30**
Traqueostomia definitiva.	**40**

Tórax	
Aparelho Respiratório	
Sequelas pós-traumáticas pleurais.	**10**
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total):	
Função respiratória preservada.	**15**
Redução em grau mínimo da função respiratória.	**25**
Redução em grau médio da função respiratória.	**50**
Insuficiência respiratória.	**75**
Mamas	
Mastectomia unilateral.	**10**
Mastectomia bilateral.	**20**
Abdome (Órgãos e Vísceras)	
Gastrectomia parcial.	**10**
Gastrectomia subtotal.	**20**
Gastrectomia total.	**40**
Intestino Delgado	
Ressecção parcial sem repercussão funcional.	**10**
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo.	**20**
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio.	**45**
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo.	**70**

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Diversas	
Intestino Grosso	
Colectomia parcial sem transtorno funcional.	**05**
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo.	**10**
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio.	**35**
Colectomia total.	**60**
Colostomia definitiva.	**50**
Reto e Ânus	
Incontinência fecal sem prolapso.	**30**
Incontinência fecal com prolapso.	**50**
Lobectomia hepática sem alteração funcional.	**10**
Extirpação da vesícula biliar.	**07**

1.2. A invalidez permanente deverá ser comprovada mediante apresentação à seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado se recuse.

1.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza, ou extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

1.3.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

1.3.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias

a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

1.4. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela 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 porcentagens de 75%, 50% e 25%.

1.5. Nos casos não especificados na tabela do item 1.1.1, a indenização será estabelecida tomandose por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

1.6. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta garantia.

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

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

1.9. A perda dos dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente por acidente.

1.10. A garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumula com as garantias Morte e Morte Acidental, quando contratadas. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da soma das indenizações por Morte e Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

1.11. Reconhecida a Invalidez Permanente e Total por Acidente, pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados conforme previsto nas condições gerais.

1.12. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas,

não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

1.13. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2 Definições

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: é o dano físico irreversível do segurado, decorrente da perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão, consequente de acidente pessoal coberto.

3 Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos constantes nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;

b) Das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser

aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

c) De 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 ferimentos visíveis;

d) De intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;

e) Das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

f) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gazes e vapores;

g) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;

i) Da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4 Carência e Franquia

4.1. Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito na alínea h do item 7 das Condições Gerais.

Para esta garantia não há franquia.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

5.3. A reintegração do capital segurado, no caso de indenização de Invalidez Permanente Parcial, será automática após a ocorrência do sinistro, salvo se a invalidez decorrer direta ou indiretamente do mesmo sinistro.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

6.2. Na garantia Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente dos segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será o próprio segurado dependente.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

d) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);

e) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);

f) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);

g) Cópia simples do laudo de exame toxicológico (se houver);

h) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);

i) Original do RX das lesões e exames realizados;

j) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante ao segurado o pagamento de indenização integral do capital segurado contratado para esta garantia, sendo o valor do pagamento é definido após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e após constatada e avaliada a invalidez permanente total, quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.1.1. Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Invalidez Total	
Perda total da visão de ambos os olhos.	**100**
Perda total do uso de ambos os membros superiores.	**100**
Perda total do uso de ambos os membros inferiores.	**100**
Perda total do uso de ambas as mãos.	**100**
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.	**100**
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés.	**100**
Perda total do uso de ambos os pés.	**100**
Alienação mental total e incurável.	**100**
Nefrectomia Bilateral.	**100**

1.2. A invalidez permanente deverá ser comprovada mediante apresentação à seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado se recuse.

1.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza, ou extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

1.3.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

1.4. A garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumula com as garantias Morte e Morte Acidental, quando contratadas. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da soma das indenizações por Morte, Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente.

1.5. Reconhecida a Invalidez Permanente e Total por Acidente, pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados conforme previsto nas condições gerais.

1.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

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

1.8. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2 Definições

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito,

involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Invalidez Permanente Total por Acidente: é o dano físico irreversível do segurado, decorrente da perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membro ou órgão, consequente de acidente pessoal coberto.

3 Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos constantes nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;

b) Das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

c) De 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 ferimentos visíveis;

d) De intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;

e) Das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

f) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gazes e vapores;

g) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;

i) Da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4 Carência e Franquia

4.1. Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito na alínea h do item 7 das Condições Gerais.

Para esta garantia não há franquia.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

6.2. Na garantia Invalidez Permanente Total por Acidente dos segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será o próprio segurado dependente.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

d) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);

e) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);

f) Cópia autenticada do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);

g) Cópia simples do laudo de exame toxicológico (se houver);

h) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);

i) Original do RX das lesões e exames realizados;

j) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante ao segurado o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. O valor da indenização prevista nesta garantia não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

1.3. As despesas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda na data do pagamento das mesmas pelo segurado, respeitado o limite do capital segurado para esta garantia, cujo valor será devidamente atualizado conforme previsto nas condições gerais.

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

1.5. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

1.6. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado se negue.

1.7. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2 Definições

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

os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente: são as despesas médicas, hospitalares e Odontológicas, efetuadas pelo segurado, para seu tratamento sob orientação médica, exclusivamente em consequência de acidente pessoal coberto pelo seguro.

3 Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos constantes nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;

b) Estados de convalescença (após a alta hospitalar);

c) Dietas especiais;

d) Diárias e despesas de acompanhantes;

e) Prótese de uso permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;

f) Órteses de qualquer natureza.

4 Carência e Franquia

4.1. Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito na alínea h do item 7 das Condições Gerais.

4.2. A franquia para esta garantia será definida nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de **30% (trinta)** por cento dos gastos efetuados pelo segurado - em função do evento coberto por esta garantia, limitado ao capital individual contratado.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

5.3. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

6.2. Na garantia para os segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será o próprio segurado dependente.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

d) Comprovantes Originais das despesas médicas, acompanhados do pedido médico;

e) Descriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individualizados;

f) Descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores unitários e receituário médico;

g) Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal o procedimento realizado.

h) Cópia simples do pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.

i) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante ao segurado o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas por este seguro constantes nestas condições, quando ocorrida e diagnosticada durante a vigência do seguro e após o período de carência, **exceto se a doença for decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

Considera-se a data do evento, a data do diagnóstico da doença devidamente comprovada.

1.1.1. Esta garantia cessará quando o segurado completar 70 (setenta) anos.

1.2. Estão cobertas, **única e exclusivamente,** as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

Para efeito deste seguro, são consideradas doenças graves:

1.2.1. DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA (CÂNCER OU TUMOR MALÍGNO)

Definição:
É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

Riscos Cobertos:
Estão cobertos os portadores de neoplasia maligna com metástases à distância, devidamente comprovado através de exames complementares especializados. Estarão cobertos também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, pulmonares, da cavidade oral, do aparelho digestivo (esôfago, estomago e intestino), do pâncreas, leucemias agudas (mielóide e linfóide), sarcomas e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos como pulmão, fígado e medula óssea.

Riscos Excluídos:
a) As displasias, lesões pré-cancerígenas, os tumores benignos e qualquer tumor maligno de outros órgãos e aparelhos, que não os especificados no item 1.2.1. "Riscos Cobertos", desta cláusula.

b) Para portadores do sexo feminino, exclui-se ainda: o carcinoma "in situ" (incluindo displasia cervical), neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas, neoplasias não primárias do tecido mamário na região anatômica das mamas e neoplasias não primarias na região anatômica do útero.

1.2.2. DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

Definição:
São as doenças do coração, incidente nos músculos, nas artérias e nas válvulas deste órgão.

Riscos Cobertos:
Estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares ou musculares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia cotoracotomia.

Estarão cobertas também as miocardiopatias classe funcional NYHA III e IV da New York Heart Association.

Riscos Excluídos:
Angioplastias transluminal coronariana e procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados no interior dos vasos sanguíneos arteriais objetivando sua desobstrução e restauração e restabelecimento do fluxo sanguíneo), como colocação de "stents", as cirurgias para implantação de marca passo e as cirurgias de ablação.

1.2.3. DOENÇAS NEUROLÓGICAS

1.2.3.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Definição:
Isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e sequela neurológica definitiva.

Riscos Cobertos:
Estão cobertos os portadores de sequelas de AVC avaliados após 6 (seis) meses do evento, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 (dois) membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela.

A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética,

Angioressonância ou Doppler de Carótidas).

Riscos Excluídos:
Ataques isquêmicos transitórios (AIT);

1.2.3.2. DOENÇA DE ALZHEIMER

Definição:
Doença de Alzheimer é uma doença neurológica degenerativa que geralmente se inicia com perda da memória e que pode evoluir para quadro demência grave.

Riscos cobertos:
Estarão cobertas as doenças com quadro clinico comprovado e que apresentem distúrbios cognitivos.

1.2.3.3. DOENÇA DE PARKINSON

Definição:
A Doença de Parkinson é uma moléstia de caráter progressivo de causa desconhecida com características motoras que incluem tremores em repouso, rigidez, lentidão de movimentos, alterações posturais e cognitivas.

Riscos cobertos:
Estarão cobertas as doenças clinicamente comprovadas com alterações motoras e tremores em ambos os membros superiores bem estabelecidas.

1.2.3.4. ESCLEROSE LATERAL AMIOTROFICA (ELA)

Definição:
A esclerose lateral amiotrófica - ELA é uma doença neurológica degenerativa que atinge o neurônio motor periférico e clinicamente se caracteriza com quadro de fraqueza progressiva, perda e atrofia muscular.

Riscos cobertos:
Estarão cobertas as doenças clínica e laboratorialmente diagnosticadas.

1.2.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS

Definição:
É a transferência de órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

Risco coberto:
Estará coberto o segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:

a) Coração;

b) Fígado;

c) Medula óssea;

d) Pâncreas;

e) Pulmão;

f) Rim.

1.2.5. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Definição:
A Insuficiência Renal Crônica é uma doença que se caracteriza por perda progressiva e irreversível da função renal.

Riscos cobertos:
Estarão cobertos os portadores de insuficiência renal crônica em programa de tratamento com diálise (hemodiálise ou diálise peritonial)

1.3. Somente haverá garantia para a primeira doença manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro individual, desde que comunicadas à seguradora, não havendo, em hipótese alguma, acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.4. O pagamento de qualquer indenização decorrente da garantia de doenças graves significa o cancelamento imediato desta garantia, não havendo reintegração do capital segurado ou sua renovação em outros períodos de vigência, permanecendo vigente as demais garantias.

1.5. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas no item 1.2, a seguradora poderá realizar perícia médica no segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.

1.5.1. O segurado ou sua família deverão permitir e contribuir para que seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, forneçam as informações solicitadas pela Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

1.5.2. Os resultados apurados pela perícia realizada pela seguradora, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o segurado e seu médico assistente.

1.5.3. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da seguradora.

1.5.4. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão de uma das doenças previstas no item 1.2, ou matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, uma junta médica composta de 3 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados. 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. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

1.5.5. As despesas efetuadas com a comprovação da Doença Grave são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constitui ato de reconhecimento da obrigação de pagamento de indenização do capital segurado contratado para esta garantia.

1.5.6. Reconhecida a Doença Grave pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez, podendo o segurado se manter no plano, com as demais garantias contratadas.

1.5.7. O pagamento da indenização desta garantia, não é dedutível do capital segurado das demais garantias deste seguro.

1.6. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2 Riscos Excluídos

2.1. Além dos riscos excluídos para todas as garantias do seguro constante nas condições gerais, estão expressamente excluídos desta garantia os riscos descritos na cláusula 1.2 destas condições especiais.

3 Carência e Franquia

3.1. O período de carência será definido nas condições contratuais e não poderá ser superior a 50%(cinquenta por cento) da vigência individual do seguro.

3.1.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

3.1.2.Não haverá franquia para esta garantia.

4 Capital Segurado

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da constatação da doença grave.

5 Beneficiários do Seguro

5.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

5.2. Na garantia para os segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será o próprio segurado dependente.

6 Liquidação de Sinistros

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original do aviso de sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF do segurado sinistrado;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

d) Cópia simples dos Exames Médicos da época da constatação da doença;

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

f) Cópia simples do Documento Médico que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7 Ratificação

7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia, em caso de doença congênita de filho(s) quando do seu nascimento, previstas nestas condições, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:

a) Malformação do Sistema Nervoso Central e Periférico;

b) Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;

c) Malformação da traqueia e dos pulmões;

d) Malformação dos rins;

e) Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;

f) Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;

g) Malformação dos órgãos sensoriais, exclusivamente visão e audição; e,

h) Anomalias cromossomiais (Síndrome de Down e Síndrome de Tumer).

1.3. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra durante o período de vigência desta garantia.

2 Definições

Doença Congênita - consideram-se como doença congênita aquelas que nascem com o indivíduo, resultante da má formação do organismo detectada no primeiro mês de vida, sejam qual for a sua causa.

3 Riscos Excluídos

Além dos riscos excluídos constantes nas condições gerais para todas as garantias, esta expressamente excluída desta garantia o nascimento do filho natimorto (pessoa que nasce morta).

4 Carência e Franquia

4.1. O período de carência desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro. Não haverá franquia para esta garantia.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico médico da doença congênita do filho recém-nascido do segurado coberta nestas condições especiais.

5.2.1. Após o nascimento do filho do segurado a doença congênita deverá ser comprovada por médico habilitado.

5.3. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Para esta garantia o beneficiário será sempre o próprio segurado principal.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado principal;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado principal;

d) Cópia da certidão de nascimento do filho do segurado principal, portador da doença congênita;

e) Declaração do médico assistente, atestando a doença congênita, indicando a data de seu início, causas, circunstâncias e evidências, acompanhados de exames laboratoriais e especializados, e laudos periciais que a comprovem;

f) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. O segurado principal compromete-se a submeter o filho à perícia médica, se requerida pela seguradora.

7.3. A solicitação de documentos ou outras providências tomadas pela seguradora não caracterizam, por si só, obrigatoriedade de pagamento da indenização.

7.4. As despesas efetuadas com a comprovação da doença congênita de filho correrão por conta do segurado principal, excluídas as realizadas pela seguradora, a quem serão facultadas todas as medidas.

7.5. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante ao beneficiário o pagamento de uma indenização correspondente ao número de dias que o segurado permanecer desempregado, deduzida a franquia, em caso de desemprego involuntário do segurado principal quando empregado conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do trabalho), **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Para fins desta garantia entende-se desemprego involuntário a dispensa, por parte do empregador, desde que não motivada por justa causa.

1.3. O segurado deverá comprovar que na data do desemprego, estava empregado formalmente e ininterruptamente no último empregador por um período mínimo, conforme definido em contrato e descrito na proposta de adesão, com uma jornada de trabalho mínima de 20 (vinte horas) semanais.

1.4. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2 Riscos Excluídos

Além dos riscos excluídos constantes nas condições gerais para todas as garantias, esta expressamente excluída desta garantia os eventos abaixo especificados:

a) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;

b) Renúncia ou perda voluntária do trabalho;

c) Trabalhos profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego ou funcionários que estejam afastados de sua função;

d) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado;

e) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;

f) Abandono de emprego;

g) Programas de demissão voluntária, incentivados pelo empregador do Segurado;

h) Estágios, e contratos de trabalho temporário em geral;

i) Perda de um vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período;

j) Quando não houver registro formal de vínculo empregatício, comprovado junto ao empregador;

k) Demissões ocorridas durante o período de carência, estabelecido em contrato.

3 Carência e Franquia

O período de carência será definido nas condições contratuais e não poderá ser superior a 50%(cinquenta por cento) da vigência individual do seguro.

O período de franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos, sem prejuízo do cumprimento do prazo de Carência. A contagem do período de até 30 (trinta) dias se iniciará na data da perda de renda por desemprego involuntário.

4 Capital Segurado

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. No contrato de seguro, será estabelecido o valor da diária segurada, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de desemprego do segurado, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

4.3. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da baixa do contrato de trabalho do segurado.

4.4. O limite de diárias será estabelecido no contrato de seguro, respeitando o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independente da renovação da apólice.

4.5. O valor da diária segurada e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segurada de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia.

4.6. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

5 Beneficiários do Seguro

5.1. Para esta garantia o beneficiário será sempre o próprio segurado principal.

6 Liquidação de Sinistros

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado principal;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado principal;

d) Cópia simples da Carteira Profissional. Envio mensal da cópia autenticada das seguintes páginas: Qualificação civil, fotografia, contrato de trabalho, página anterior e posterior ao contrato de trabalho;

e) Termo de Rescisão Contratual;

f) Homologação do contrato de trabalho no TRT ou Sindicato (cópia autenticada frente e verso);

g) Carta do Empregador atestando o motivo da rescisão;

h) Cópia simples da Comunicação de Dispensa – CD (via marrom), devidamente protocolada pelo Posto de Atendimento do Seguro Desemprego;

6.2. A solicitação de documentos ou outras providências tomadas pela seguradora não caracterizam, por si só, obrigatoriedade de pagamento da indenização.

6.3. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7 Ratificação

7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante ao segurado o pagamento de diária de incapacidade temporária, limitado ao número de diárias e o valor de cada diária, estabelecidos no contrato de seguro. O risco coberto desta garantia ocorre quando ficar caracterizada a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado principal no exercício da profissão ou ocupação.

A incapacidade do segurado poderá ser causada por acidente pessoal e/ou doença devidamente coberta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

Caso o segurado seja profissional liberal ou autônomo, deve possuir comprovação de renda e atividade, observado o limite do capital segurado contratado por evento.

1.2. A garantia de Diárias por Incapacidade Temporária destina-se, única e exclusivamente, a auxiliar na recomposição dos ganhos mensais do segurado afastado e não tem, consequentemente, qualquer vinculação com indenizações que, eventualmente, se tornem devida por força das demais garantias previstas na apólice.

1.3. Caso o segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, extingue-se, imediatamente, a presente garantia, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito.

1.4. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da incapacidade e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.

1.5. Caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente garantia, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data da invalidez.

1.6. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2 Definições

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Diárias por Incapacidade Temporária: é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer qualquer atividade relacionada à sua profissão ou ocupação, causada por acidente ou doença, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o limite do capital segurado contratado por evento.

3 Riscos Excluídos

3.1. Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

4 Carência e Franquia

4.1. O período de carência para esta garantia será definido nas condições contratuais.

4.1.1. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.2. O período de franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 15(quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do segurado, por determinação médica.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.1.1. No contrato de seguro, será estabelecido o valor da diária segurada, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de internação, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

5.2. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento o primeiro dia do afastamento do segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

5.4. O limite de diárias será estabelecido no contrato de seguro, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da apólice.

5.5. O valor da diária segurada e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segurada de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia.

5.6. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

d) Relatório médico informando o motivo do afastamento do segurado com o respectivo número do CID;

e) Cópia simples da Comunicação do Resultado do Exame Médico – CREM;

f) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença;

g) Declaração do médico e/ou hospital constando o período de afastamento;

h) Cópia simples do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (para o caso de acidente na empresa);

i) Cópia simples da Ficha de Registro de Empregados – FRE.

j) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário;

k) Carta de concessão do auxílio doença do INSS;

l) Quando autônomo: comprovação de atividade autônomo dos últimos 12 meses.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, **entendem-se como tal todas as internações que não sejam eletivas,** e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2 Definições

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal: 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; as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Continuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico–científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive

cirúrgicos, em qualquer tempo; e as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no conceito de Acidente Pessoal acima.

Internação Hospitalar: é a internação em hospital em período superior a 24(vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

Unidade de Terapia Intensiva UTI: unidades complexas dotadas de sistema de monitorização contínua que admitem pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

3 Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos constantes das condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não serão indenizados os eventos ocorridos em consequência de:

a) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;

b) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

c) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;

d) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;

e) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;

f) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;

g) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;

h) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);

i) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

j) Diálises, hemodiálises;

k) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.

l) Internações domiciliares (Home Care);

m) Internações decorrentes de doenças de características reconhecidamente progressivas, crônicas ou degenerativas tais como: Mal de Alzheimer, fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, degeneração muscular progressiva (DMP), síndrome póslaminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas e outras doenças de caráter crônico;

n) Internações decorrentes de acidentes ocorridos ou doenças manifestadas fora do período de garantia ou vigência da apólice.

4 Carência e Franquia

4.1. O período de carência para esta garantia será definido nas condições contratuais.

Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.2. O período de franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 15(quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data de internação do segurado, por determinação médica.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.1.1. No contrato de seguro, será estabelecido o valor da diária segurada, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de internação, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data de internação do segurado.

5.3. O valor da diária segurada e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segurada de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia.

5.4. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

5.5. O limite de diárias será estabelecido no contrato de seguro, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da apólice.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

d) Cópia simples do CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);

e) Laudos e exames médicos pertinentes à doença ou lesões que vitimaram o segurado sinistrado principal;

f) Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);

g) Laudo do exame toxicológico;

h) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;

i) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;

j) Nota Fiscal/Fatura Originais do Hospital com o Recibo de Quitação, se houver;

k) Resultado do exame de dosagem alcoólica;

l) Cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (para o caso de acidente na empresa);

m) Cópia da Ficha de Registro de Empregados – FRE.

n) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia a título de verbas rescisórias, em caso de morte do segurado principal devidamente coberta. **Exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2 Riscos Excluídos

2.1. Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

3 Carência e Franquia

3.1. O período de carência e franquia desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro, seguindo os mesmos critérios aplicáveis ao titular do seguro.

4 Capital Segurado

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

a) A data do acidente, no caso de morte acidental ou invalidez total decorrente de acidente pessoal;

b) A data da morte, no caso de morte natural;

c) A data indicada na declaração médica idônea aceita pela seguradora, no caso de invalidez

funcional permanente decorrente de doença; e

d) A data da constatação da doença, no caso de doenças graves.

5 Beneficiários do Seguro

5.1. O beneficiário desta garantia será sempre o estipulante.

5.1.1. O estipulante a qualquer tempo e desde que o faça por escrito a seguradora anteriormente ao pagamento da indenização poderá abrir mão da indenização a favor do(s) beneficiário(s) "herdeiros legais" ou designados pelo segurado.

6 Liquidação de Sinistros

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

Documentos gerais para todos os casos:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;

c) Cópia simples da certidão de óbito;

d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;

e) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

f) Cópia simples do RG e CPF dos procuradores da empresa;

g) Cópia simples do contrato social;

h) Cópia completa da Ficha de Registro do segurado e suas atualizações;

i) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

No caso de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos documentos gerais:

a) Cópia simples da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);

b) Cópia simples da declaração pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do segurado (se houver);

c) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);

d) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;

e) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);

f) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;

No caso de Doença Grave, além dos documentos gerais:

a) Cópia simples dos Exames Médicos da época da constatação da doença;

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

c) Cópia simples do Documento Médico que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames.

No caso de Invalidez Funcional Permanente por Doença, além dos documentos gerais:

a) Cópia simples dos Exames Médicos da época da constatação da doença (informando o comprometimento funcional do segurado principal);

b) Cópia simples do relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi diagnosticada e detalhando o Quadro Clinico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações

Autonômicas do segurado;

c) Cópia simples do Documento Médico que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível;

d) Cópia simples da Declaração Médica indicando a data da invalidez que deverá constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no Quadro Clínico Incapacitante.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7 Ratificação

7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garantir ao Segurado um adiantamento de um percentual fixo a ser estipulado no contrato, relativo ao capital segurado na cobertura de Morte (M), caso o segurado se torne um "doente em fase terminal" e que o estágio de sua doença esteja devidamente enquadrado e certificado por médicos especializados, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. É considerado "doente em fase terminal" o segurado cujo quadro clínico caracterize um estado de saúde gravíssimo, de comprometimento sistêmico crítico, sem qualquer possibilidade de recuperação com o recursos médico-terapêuticos disponíveis e para o qual seus médicos assistentes não admitam qualquer possibilidade e/ou esperança de reversibilidade, sendo o segurado considerado, desta forma, fora dos limites normais de sobrevivência.

1.3. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2 Adiantamento do Capital Segurado

2.1. Caso o segurado venha a se tornar um "doente em fase terminal", o adiantamento do capital será realizado:

a) ao próprio segurado, desde que esteja em pleno gozo de sua capacidade civil e física;

b) ao representante legal do segurado, regularmente decretado por juízo competente, quando o segurado não estiver em pleno gozo de sua capacidade civil e física.

2.2. Para fins da presente garantia entende-se por capacidade civil aquela definida no Código Civil Brasileiro e, por capacidade física, a faculdade do Segurado para, de próprio punho, firmar na forma escrita o recibo de pagamento do adiantamento do capital segurado, ou de indicar representante legal para fazêlo.

3 Riscos Excluídos

3.1. Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

4 Carência e Franquia

4.1. O período de carência será definido nas condições contratuais e não poderá ser superior a 50% (cinquenta por cento) da vigência individual do seguro. Não haverá franquia para esta garantia.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data atestada pelo médico devidamente autorizado pela seguradora.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Conforme item 2 (dois) desta Condição Especial.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;

c) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;

d) Cópia autenticada da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;

e) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

f) Cópia autenticada da declaração pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do segurado (se houver);

g) Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal;

h) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;

i) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;

j) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;

k) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garantir à própria Segurada, em vida, indenização, de acordo com o valor contratado, em caso de primeiro diagnóstico positivo de câncer de mama feminina.

Considera-se a data do evento, a data do primeiro diagnóstico da doença devidamente comprovada.

1.2. Conceito de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino coberto:
Entende-se por câncer de mama as lesões neoplásicas que afetam a(s) mama(s) feminina(s) em toda a sua extensão regional ou que dela decorram afetando outras regiões do organismo (metástases), em qualquer estágio evolutivo, desde que, certificadas e comprovadas como malignas, através de métodos complementares de diagnóstico de certeza.

1.3. Esta cláusula prevê uma única indenização, que será concedida em função do diagnóstico coberto de neoplasia maligna de mama, independentemente do número de lesões diagnosticadas e de mamas atingidas.

2 Grupo Segurável

2.1. Todas as componentes que se enquadrem nas condições de Segurabilidade descritas no item 4 posterior, que mantenham vínculo direto com o Estipulante.

2.2. Também serão aceitas proponentes que sejam cônjuges e/ou companheiras da pessoa que mantenha vínculo direto com o Estipulante, neste caso, desde que esta última se responsabilize pelo pagamento dos prêmios mensais.

2.3. Mediante prévio acordo expresso entre Estipulante e Seguradora, poderão ser incluídas no seguro familiares da Segurada Principal, ou da pessoa que mantenha o vínculo direto com o Estipulante, tais como filhas, enteadas e mães, desde que se enquadrem nas condições de segurabilidade constantes do item 4 posterior e que a pessoa que mantenha o vínculo direto com o Estipulante se responsabiliza pelo pagamento dos prêmios mensais.

3 Grupo Segurado

3.1. É constituído pelas componentes do grupo segurável efetivamente incluídas aceitas no seguro e

cuja cobertura esteja em vigor.

4 Condições de Segurabilidade

4.1. Podem participar do seguro todas as componentes que, na data de inclusão no seguro, estejam em boas condições de saúde, possuam idade até o limite especificado no contrato e preencham de próprio punho a proposta e respectiva Declaração Pessoal de Saúde.

4.2. A quota relativa a eventuais elevações individuais e espontâneas de capital segurado, para a cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino, submete-se às condições firmadas no item anterior, bem como à carência estabelecida no item 7 posterior.

5 Riscos Cobertos

5.1. Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino: Garante à própria segurada, em vida, a antecipação de até 100% do capital segurado contratado especificamente para esta cobertura, que é integralmente dedutível da cobertura Morte, em caso de diagnóstico positivo de câncer de mama feminino.

5.2. Habilitação da cobertura: Entende-se por certificação de malignidade os resultados das análises anátomo e histopatológicas, obtidas através de biópsia ou de qualquer outro meio intervencionista que capacite tal confirmação diagnóstica sobre lesões identificadas como primárias ou metastáticas desta patologia.

6 Riscos Excluídos

6.1. Além dos riscos excluídos da cobertura Morte, bem como de todas as coberturas desse seguro, descritos no item 7 das Condições Gerais de Vida em Grupo, estão excluídos do presente seguros eventos ocorridos em consequência de:

a) doenças e manifestações clínicas de qualquer espécie afetando a mama masculina;

b) doença de qualquer espécie que afete a(s) mama(s) supranumerária(s);

c) quaisquer outras doenças da mama não incluídas no conceito de "câncer de mama", inclusas as lesões pré-malígnas, em qualquer estágio de evolução;

d) quaisquer manifestações clínicas, benignas ou malignas, manifestas sobre e/ou na mama feminina que não as incluídas como dependentes e relacionadas à doença descrita sob o conceito de "câncer de mama";

e) doenças, mesmo que as incluídas no conceito de "câncer de mama", que se manifestem como consequência de complicações, degenerações ou sequelas ocorridas em mulheres expostas à tratamentos cirúrgicos com fins estéticos, redutores ou mesmo reconstrutores, mesmo que prescritos e/ou realizados por médicos, em qualquer tempo, na mama feminina.

f) Uso intencional ou não de drogas, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos ou de substâncias tóxicas comprovadamente reconhecidas como cancerígenas, mesmo que sob prescrição médica;

g) Manuseio e exposição a material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição à radiações nucleares ou ionizantes, inclusive para fins terapêuticos.

7 Carência e Franquia

7.1. Há carência de 3 (três) meses para a cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminina, durante os quais a Segurada não poderá exigir qualquer indenização da Seguradora, em caso de diagnóstico positivo de doença. Não haverá franquia para esta garantia.

8 Aviso de Sinistro e Documentos Específicos

a) formulário de aviso de sinistro específico, devidamente preenchido;

b) exames de imagem (ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e/ou outros exames assemelhados);

c) resultado de exame anatomopatológico e de estudo histopatológico;

d) relatórios médicos que datem da época do diagnóstico;

e) relatório médico descrevendo: tipo de neoplasia, estadiamento, características do estágio evolutivo atual da doença neoplásica;

f) Entende-se por confirmação da doença a data da firmação do primeiro diagnóstico;

g) Entende-se por época do diagnóstico todo o período desde o início dos primeiros exames até a sua firmação.

h) Além desses documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

9 Perícia/Junta Médica

a. A seguradora reserva-se o direito de solicitar quando entender conveniente, a realização de perícia médica na segurada.

b. É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer à Seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

c. Seguradora e Segurada abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

10 Beneficiária

10.1. Será a própria segurada no caso de Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino.

11 Reintegração do Capital

a. Os capitais segurados pela Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino e pela Cobertura Morte não se acumulam.

b. O capital antecipado pela Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino é integralmente dedutível do capital da cobertura Morte e não sofre reintegração.

c. Uma vez pago o adiantamento da Cobertura Especial por Diagnóstico de Câncer de Mama a Segurada é excluída desta cobertura, podendo permanecer na apólice com o saldo do capital remanescente garantido exclusivamente pela Cobertura Morte.

12 Prêmios Individuais do Seguro

a. Na hipótese de configuração da doença e concretização do pagamento da indenização, conforme previsto na alínea "c" do item 11 anterior, o prêmio relativo à cobertura Especial por Diagnóstico de Câncer de Mama será proporcionalmente reduzido, em função da exclusão da Segurada dessa cobertura.

b. Na hipótese de haver constatação do diagnóstico de câncer de mama feminino durante o período de carência estipulado no item 7 anterior, a Seguradora devolverá os prêmios individuais pagos pela Segurada, corrigidos conforme legislação em vigor, e excluirá a segurada da apólice.

c. Na hipótese de haver constatação de preexistência do diagnóstico de câncer de mama feminino, a segurada será excluída da apólice sem direito a devolução dos prêmios pagos.

13 Duplicidade de Coberturas

13.1. Uma segurada não poderá estar coberta por mais de uma vez pela Cláusula Especial de Cobertura para Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino.

a. Em caso de duplicidade de coberturas a seguradora considerará a Segurada garantida pela primeira proposta que tiver sido aceita e que esteja vigente, devolvendo os prêmios pagos em duplicidade, corrigidos conforme legislação em vigor.

14 Âmbito Territorial da Cobertura

14.1. O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os segurados com residência fixa no Brasil.

15 Ratificação

15.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia a título de auxílio alimentação, em caso de morte do segurado principal, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2 Riscos Excluídos

2.1. Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

3 Carência e Franquia

3.1. O período de carência para esta garantia será definido nas condições contratuais. Não há prazo de franquia para esta garantia.

4 Capital Segurado

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado principal.

5 Beneficiários do Seguro

5.1. Na garantia de Auxílio Alimentação do segurado principal, o mesmo poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

5.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que estabelece a lei.

6 Liquidação de Sinistros

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;

c) Cópia simples da certidão de óbito;

d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado atualizada;

e) Cópia autenticada da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;

f) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

g) Cópia simples do boletim de ocorrência policial quando a morte ocorrer na residência;

h) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;

i) Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal;

j) Cópia simples da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);

k) Cópia autenticada do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);

l) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;

m) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de

Criminalística (se houver);

n) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;

o) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;

p) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;

q) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;

r) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;

s) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;

t) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7 Ratificação

7.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objetivo

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado, em consequência exclusiva de **Morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

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

2 Definições

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3 Riscos Excluídos

3.1. Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

4 Carência e Franquia

4.1. O período de carência para esta garantia será definido nas condições contratuais.

Para esta garantia não há franquia.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Em caso de morte decorrente de doença, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

5.3. Em caso de morte decorrente de acidente, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Na garantia de Morte do segurado principal, o mesmo poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

6.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que estabelece a lei.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;

c) Cópia simples da certidão de óbito;

d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado atualizada;

e) Cópia simples da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;

f) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

g) Cópia autenticada do boletim de ocorrência policial quando a morte ocorrer na residência;

h) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;

i) Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal;

j) Cópia simples da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);

k) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);

l) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;

m) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);

n) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;

o) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;

p) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;

q) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;

r) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;

s) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;

t) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objetivo

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado, em consequência exclusiva de **Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

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

2 Definições

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3 Riscos Excluídos

3.1.Além dos riscos excluídos constantes nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;

b) Das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços

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

c) De 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 ferimentos visíveis;

d) De intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;

e) Das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

f) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gazes e vapores;

g) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;

i) Da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4 Carência e Franquia

Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito na alínea h do item 7 das Condições Gerais.

Para esta garantia não há franquia.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Na garantia de Morte Acidental do segurado principal, o mesmo poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

6.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que estabelece a lei.

7 Liquidação de Sinistro

7.1.Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;

c) Cópia simples da certidão de óbito;

d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;

e) Cópia simples da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;

f) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

g) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);

h) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;

i) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);

j) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;

k) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);

l) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;

m) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;

n) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;

o) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;

p) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;

q) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;

r) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objetivo

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização, proporcional ou integral, para adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, até o valor do capital segurado contratado, caso o segurado titular tenha uma **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em consequência exclusiva de Acidente Pessoal Coberto,** nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela abaixo, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.1.1. Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Invalidez Total	
Perda total da visão de ambos os olhos.	**100**
Perda total do uso de ambos os membros superiores.	**100**
Perda total do uso de ambos os membros inferiores.	**100**
Perda total do uso de ambas as mãos.	**100**
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.	**100**
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés.	**100**
Perda total do uso de ambos os pés.	**100**
Alienação mental total e incurável.	**100**
Nefrectomia Bilateral.	**100**

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Invalidez Parcial - Diversas	
Perda total da visão de um olho.	**30**

Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista.	**70**
Surdez total incurável de ambos os ouvidos.	**40**
Surdez total incurável de um dos ouvidos.	**20**
Mudez incurável.	**50**
Fratura não consolidada do maxilar inferior.	**20**
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral.	**20**
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral.	**25**

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Invalidez Parcial - Membros Superiores	
Perda total do uso de um dos membros superiores.	**70**
Perda total do uso de uma das mãos.	**60**
Fratura não consolidada de um dos úmeros.	**50**
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares.	**30**
Anquilose total de um dos ombros.	**25**
Anquilose total de um dos cotovelos.	**25**
Anquilose total de um dos punhos.	**20**
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano.	**25**
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano.	**18**
Perda total do uso da falange distal do polegar.	**09**
Perda total do uso de um dos dedos indicadores.	**15**
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios.	**12**

Perda total do uso de um dos dedos anulares.	**09**
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: **Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo**	

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Invalidez Parcial - Membros Inferiores	
Perda total do uso de um dos membros inferiores.	**70**
Perda total do uso de um dos pés.	**50**
Fratura não consolidada de um fêmur.	**50**
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros.	**25**
Fratura não consolidada da rótula.	**20**
Fratura não consolidada de um pé.	**20**
Anquilose total de um dos joelhos.	**20**
Anquilose total de um dos tornozelos.	**20**
Anquilose total de um quadril.	**20**
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé.	**25**
Amputação do primeiro dedo.	**10**
Amputação de qualquer outro dedo.	**03**
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: **indenização equivalente a ½ e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo encurtamento de um dos membros inferiores:**	
de 5 (cinco) centímetros ou mais.	**15**
de 4 (quatro) centímetros.	**10**

de 3 (três) centímetros	**06**
menos de 3 (três) centímetros: **sem indenização**	**0**

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Diversas	
Mandíbula: maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
Em grau mínimo	**10**
Em grau médio	**20**
Em grau máximo	**30**
Nariz	
Perda total do nariz	**25**
Perda total do olfato	**07**
Perda do olfato com alterações gustativas	**10**
Aparelho Visual: Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	**07**
Unilateral com fístulas	**15**
Bilateral	**14**
Bilateral com fístulas	**25**
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	**03**
Ectrópio bilateral	**06**
Entrópio unilateral	**07**
Entrópio bilateral	**14**

Má oclusão palpebral unilateral	**03**
Má oclusão palpebral bilateral	**06**
Ptose palpebral unilateral	**05**
Ptose palpebral bilateral	**10**
Aparelho da Fonação	
Perda da palavra (mudez incurável)	**50**
Perda de substância (palato mole e duro)	**15**
Amputação total da língua	**50**
Amputação parcial da língua (menos de 50%)	**15**
Amputação parcial da língua (mais de 50%)	**30**
Sistema Auditivo	
Perda total de uma orelha	**08**
Perda total das duas orelhas	**16**
Perda do baço	**15**
Aparelho Urinário: Perda de um rim	
Função renal preservada	**15**
Redução em grau mínimo da função renal	**25**
Redução em grau médio da função renal	**50**
Insuficiência renal	**75**

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Diversas	
Aparelho Genital e Reprodutor	

Perda de um testículo	**10**
Perda de dois testículos	**30**
Amputação traumática do pênis	**50**
Perda do útero antes da menopausa	**40**
Perda do útero depois da menopausa	**10**
Parede Abdominal	
Hérnia traumática	**10**
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	**00**
Síndrome Psiquiátricas	
Síndrome pós-concussional	**10**
Transtorno neurótico (estressse pós-traumático)	**02**
Pescoço	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	**15**
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	**15**
Paralisia de uma corda vocal	**10**
Paralisia de duas cordas vocais	**30**
Traqueostomia definitiva	**40**
Tórax	
Aparelho Respiratório	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	**10**
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total):	
Função respiratória preservada	**15**
Redução em grau mínimo da função respiratória	**25**

Redução em grau médio da função respiratória	**50**
Insuficiência respiratória	**75**
Mamas	
Mastectomia unilateral	**10**
Mastectomia bilateral	**20**
Abdome (Órgãos e Vísceras)	
Gastrectomia parcial	**10**
Gastrectomia subtotal	**20**
Gastrectomia total	**40**
Intestino Delgado	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	**10**
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	**20**
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	**45**
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	**70**

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
Diversas	
Intestino Grosso	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	**05**
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	**10**
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	**35**
Colectomia total	**60**
Colostomia definitiva	**50**

Reto e Ânus	
Incontinência fecal sem prolapso	**30**
Incontinência fecal com prolapso	**50**
Lobectomia hepática sem alteração funcional	**10**
Extirpação da vesícula biliar	**07**

1.2. A invalidez permanente deverá ser comprovada mediante apresentação à seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado se recuse.

1.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza, ou extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

1.3.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

1.3.4. 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.

1.4. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela 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 porcentagens de 75%, 50% e 25%.

1.5. Nos casos não especificados na tabela do item 1.1.1, a indenização será estabelecida tomandose por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

1.6. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou

órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta garantia.

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

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

1.9. A perda dos dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente por acidente.

1.10. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

2 Definições

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: é o dano físico irreversível do segurado, decorrente da perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão, consequente de acidente pessoal coberto.

3 Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos constantes nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;

b) Das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

c) De 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 ferimentos visíveis;

d) De intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;

e) Das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

f) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gazes e vapores;

g) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;

i) Da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de

esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

j) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

k) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4 Carência e Franquia

4.1. Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito na alínea h do item 7 das Condições Gerais.

Para esta garantia não há franquia.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

5.3. A reintegração do capital segurado, no caso de indenização de Invalidez Permanente Parcial, será automática após a ocorrência do sinistro, salvo se a invalidez decorrer direta ou indiretamente do mesmo sinistro.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

d) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);

e) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);

f) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);

g) Cópia simples do laudo de exame toxicológico (se houver);

h) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);

i) Original do RX das lesões e exames realizados;

j) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objetivo

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado, em consequência exclusiva dos Eventos da Vida determinados no item 1.2. destas condições especiais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e condições gerais.

1.2. Para fins desta Cláusula, consideram-se como Eventos da Vida, os eventos listados abaixo:

a) Nascimento de Filhos

b) Adoção de Filhos

c) Divórcio

2 Definições

Nascidos Vivos: quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como, batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

Nascimento de Múltiplo: quando no mesmo parto há mais de um filho nascido vivo.

Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

Adoção de Filhos: consiste num ato jurídico pelo qual uma pessoa ou um casal aceita como filho uma pessoa sem laços parentais

Divórcio: é o rompimento do vínculo conjugal reconhecido pela lei, o qual rompe o vínculo matrimonial, permitindo um novo casamento dos cônjuges divorciados.

Separação Judicial: consiste na manifestação de ambos os cônjuges perante o juiz pela dissolução da sociedade conjugal.

Tutela: trata-se de encargo legal ou judicial atribuído a alguém, que deverá administrar os bens ou a conduta do tutelado.

Tutelado: menor que, por interdição legal, por ser órfão ou por outros fatores, possui um representante legal que assume a responsabilidade de administrar seus bens.

Guarda judicial: é um instituto jurídico capaz de conferir a uma pessoa, denominada de guardião, um conjunto de direitos e deveres a serem exercidos com o fim de proteger e prover as necessidades de desenvolvimento de outra pessoa que dele necessite, a qual é posta sob sua responsabilidade em virtude de lei ou decisão judicial.

3 Riscos Excluídos

3.1.Para o evento Nascimento de Filho, além dos riscos excluídos constantes nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

a) Nascimentos fora da vigência do Seguro;

b) Natimorto.

3.2.Para o evento Adoção, além dos riscos excluídos constantes nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

a) Adoções fora da vigência do Seguro;

b) Tutela;

c) Guarda Judicial.

3.3.Para o evento Divórcio, além dos riscos excluídos constantes nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

a) Divórcios fora da vigência do Seguro;

b) Separação judicial.

4 Carência e Franquia

4.1. O período de carência desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro, seguindo os mesmos critérios aplicáveis ao titular do seguro. Não haverá franquia para esta garantia.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.1.1. Para o evento de **Nascimento de Filhos,** quando nascimento de múltiplos, será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, serão consideradas como data de evento as seguintes datas:

5.2.1.Nascimento de filhos: data de nascimento informada na certidão de nascimento.

5.2.2.Adoção de filhos: data da sentença judicial inscrita no Registro Civil mediante mandado judicial.

5.2.3.Divórcio: será considerada data de evento a data do registro extrajudicial ou a data da sentença legal de divórcio.

5.3. O Capital Segurado relativo a esta Cláusula será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, limitado a um evento por vigência para cada Evento da Vida.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros para o evento Nascimento de Filhos:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;

c) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;

d) Cópia simples da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;

e) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

f) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário;

g) Cópia simples da certidão de nascimento do nascido vivo que caracterizou o evento e, no caso de nascimento de múltiplos, as certidões de nascimento de cada um dos nascidos vivos.

7.2. Documentos necessários para liquidação de sinistros para o evento Adoção:

h) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

i) Cópia simples do RG e CPF – segurado;

j) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;

k) Cópia simples da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;

l) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

m) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário;

n) Cópia simples da sentença judicial inscrita no Registro Civil mediante mandado judicial declarando a adoção.

7.3. Documentos necessários para liquidação de sinistros para o evento Divórcio:

o) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

p) Cópia simples do RG e CPF – segurado;

q) Cópia simples da certidão de casamento do segurado;

r) Cópia simples da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;

s) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

t) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário;

u) Em caso de divórcio extrajudicial, cópia simples do registro extrajudicial do divórcio declarada em cartório;

v) Em caso de divórcio litigioso, cópia simples da sentença legal do divórcio.

7.4. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objetivo

1.1. Garante, ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado, em consequência exclusiva do nascimento de filhos, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.

2 Definições

Nascidos Vivos: quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como, batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

Nascimento de Múltiplos: quando no mesmo parto há mais de um filho nascido vivo.

Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

3 Riscos Excluídos

3.1.Além dos riscos excluídos constantes nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não serão indenizados, os seguintes eventos:

a) Nascimentos fora da vigência do Seguro;

b) Natimorto.

4 Carência e Franquia

4.1.O período de carência desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro, seguindo os mesmos critérios aplicáveis ao titular do seguro. Não haverá franquia para esta garantia.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.1.1. Se houver o nascimento de múltiplos, será considerado, para efeito de indenização desta cobertura, o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data de evento a data de nascimento informada na certidão de nascimento.

5.3. O Capital Segurado relativo a esta Cláusula será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, limitado a um evento por vigência.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

7 Liquidação de Sinistros

7.1.Documentos necessários para liquidação de sinistros para o evento Nascimento de Filhos:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;

c) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;

d) Cópia simples da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;

e) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

f) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário;

g) Cópia simples da certidão de nascimento do nascido vivo que caracterizou o evento e, no caso de nascimento de múltiplos, as certidões de nascimento de cada um dos nascidos vivos.

7.2.Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente de infecção e diagnóstico comprovado de COVID-19, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. As Indenizações previstas nesta Cláusula serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

2 Definições

COVID-19: A **COVID-19** é uma doença causada pelo coronavírus **SARS-CoV-2.**

Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;

b) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;

c) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;

d) “Home care” (internação domiciliar).

Internação Hospitalar: é a internação em hospital em período superior a 24(vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

Unidade de Terapia Intensiva UTI: unidades complexas dotadas de sistema de monitorização contínua que admitem pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de Acidente Pessoal, a contar do término

do período de Franquia.

Período de Hospitalização Indenizável: é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao número de pernoites que o Segurado permanecer hospitalizado.

3 Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos constantes das condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não serão indenizados os eventos ocorridos em consequência de:

a) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;

b) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

c) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;

d) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;

e) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;

f) Demais epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente, excluindo-se apenas desta exclusão as situações clinicas decorrentes de COVID-19.

g) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;

h) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);

i) Diagnóstico de COVID-19 antes da contratação do seguro;

j) Diálises, hemodiálises;

k) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.

l) Internações domiciliares (Home Care);

m) Internações decorrentes de doenças de características reconhecidamente progressivas, crônicas ou degenerativas tais como: Mal de Alzheimer, fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, degeneração muscular progressiva (DMP), síndrome póslaminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas e outras doenças de caráter crônico;

n) Internações decorrentes de diagnósticos ocorridos fora do período de garantia ou vigência da apólice.

4 Carência e Franquia

4.1. O período de carência para esta garantia será definido nas condições contratuais.

4.2.O período de franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 15(quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data de internação do segurado, por determinação médica.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.1.1. No contrato de seguro, será estabelecido o valor da diária segurada, que para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de internação, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será

considerado como data do evento a data de internação do segurado.

5.3. O valor da diária segurada e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segurada de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia.

5.4. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência de evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

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

5.5. O limite de diárias será estabelecido no contrato de seguro, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da apólice.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

d) Exame realizado com diagnóstico comprovado de COVID-19;

e) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;

f) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;

g) Nota Fiscal/Fatura Originais do Hospital com o Recibo de Quitação, se houver;

h) Resultado do exame de dosagem alcoólica;

i) Cópia da Ficha de Registro de Empregados – FRE.

j) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7.3.Em caso de falecimento do Segurado durante o Período de Hospitalização Indenizável, a(s) diária(s) devida(s) e eventualmente não indenizada(s) será(ão) paga(s) ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) e na falta deste(s), conforme a lei.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

1 Objeto da Garantia

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização ao segurado para sua recuperação, quando este receber alta hospitalar, após sua internação hospitalar, decorrente de infecção e diagnóstico comprovado de COVID-19, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

2 Definições

COVID-19: A **COVID-19** é uma doença causada pelo coronavírus **SARS-CoV-2.**

Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
b) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
c) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
d) “Home care” (internação domiciliar).

Internação Hospitalar: é a internação em hospital em período superior a 24(vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

Unidade de Terapia Intensiva UTI: unidades complexas dotadas de sistema de monitorização contínua que admitem pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

3 Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos excluídos constantes das condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não serão indenizados os eventos ocorridos em consequência de:

a) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;

b) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

c) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;

d) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;

e) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;

f) Demais epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente, excluindo-se apenas desta exclusão as situações clinicas decorrentes de COVID-19.

g) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;

h) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);

i) Diagnóstico de COVID-19 antes da contratação do seguro;

j) Diálises, hemodiálises;

k) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.

l) Internações domiciliares (Home Care);

m) Internações decorrentes de doenças de características reconhecidamente progressivas, crônicas ou degenerativas tais como: Mal de Alzheimer, fibromialgia, artritereumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas,

degeneração muscular progressiva (DMP), síndrome póslaminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas e outras doenças de caráter crônico;

n) Internações decorrentes de diagnósticos ocorridos fora do período de garantia ou vigência da apólice.

4 Carência e Franquia

4.1. O período de carência para esta garantia será definido nas condições contratuais.

4.2. O período de franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais.

5 Capital Segurado

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2.Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data da alta hospitalar do segurado.

5.3. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência de evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6 Beneficiários do Seguro

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

7 Liquidação de Sinistros

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;

b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;

c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;

d) Exame realizado com diagnóstico comprovado de COVID-19;

e) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e data da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;

f) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;

g) Nota Fiscal/Fatura Originais do Hospital com o Recibo de Quitação, se houver;

h) Resultado do exame de dosagem alcoólica;

i) Cópia da Ficha de Registro de Empregados – FRE.

j) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8 Ratificação

8.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

banco bmg

GENERALI