



GENERALI
Brasil Seguros

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Generali _ Seguro de Vida em grupo – Taxa
Média

Versão_ 202512

Processo SUSEP nº: 15414.901147/2014-38



SEGURO SOBRE A VIDA E A INTEGRIDADE FÍSICA

VIDA EM GRUPO – TAXA MÉDIA

CONDIÇÕES GERAIS

1.	DISPOSIÇÕES GERAIS E PRELIMINARES	8
2.	OBJETIVO DO SEGURO	9
3.	OBJETO DO SEGURO	9
4.	SEGURADO	9
5.	DEFINIÇÕES	9
6.	GARANTIAS DO SEGURO	13
7.	EXCLUSÕES GERAIS	15
8.	CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	15
9.	ANÁLISE E ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO	17
10.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA DO SEGURO	17
11.	CUSTEIO DO SEGURO	18
12.	INCLUSÃO DE SEGURADOS	18
13.	PROVA DO SEGURO	18
14.	RENOVAÇÃO E VIGÊNCIA DO SEGURO	19
15.	CANCELAMENTO DO SEGURO	20
16.	CAPITAL SEGURADO	21
17.	ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO	22
18.	CRITÉRIO DE TAXA	22
19.	CARÊNCIA E FRANQUIA	22
20.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	23
21.	SUSPENSÃO DE COBERTURAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS	24
22.	REABILITAÇÃO DE COBERTURAS	25
23.	CANCELAMENTO DE COBERTURAS POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIOS	25
24.	OBRIGAÇÃO DA SEGURADORA	25
25.	ALTERAÇÃO E REAVALIAÇÃO DE TAXAS E VALORES DO CONTRATO	25
26.	SINISTROS	26
27.	PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	28
28.	BENEFICIÁRIOS	29
29.	EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS	29
30.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	29
31.	OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	29
32.	VEDAÇÕES AO ESTIPULANTE	30
33.	DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS	30
34.	TRIBUTOS	32
35.	TOLERÂNCIA	32
36.	MOEDA	32
37.	ENCARGOS DE TRADUÇÃO	32
38.	FORO	32
39.	PRESCRIÇÃO	32
40.	EMBARGOS E SANÇÕES INTERNACIONAIS	32
41.	EXCLUSÃO TERRITORIAL	33
MORTE – M		35
1.	OBJETO DA GARANTIA	35
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	35
3.	CARÊNCIA	35
4.	CAPITAL SEGURADO	35
5.	BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	35
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	35

7. RATIFICAÇÃO	36
MORTE ACIDENTAL – MA	37
1. OBJETO DA GARANTIA	37
2. DEFINIÇÕES	37
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	37
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	38
5. CAPITAL SEGURADO.....	38
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	38
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	38
8. RATIFICAÇÃO	39
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPD.....	40
1. OBJETO DA GARANTIA	40
2. DEFINIÇÕES	42
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	42
4. CARÊNCIA	42
5. CAPITAL SEGURADO.....	42
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	42
7. RATIFICAÇÃO	43
INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ILPD.....	43
1. OBJETIVO DA GARANTIA	43
2. CONCEITO	43
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	44
4. CARÊNCIA	44
5. CAPITAL SEGURADO.....	44
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	44
7. RATIFICAÇÃO	45
INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC	45
1. OBJETO DA GARANTIA	45
2. DEFINIÇÕES	45
3. FORMAS DE CONTRATAÇÃO	45
4. GARANTIAS.....	46
5. CESSAÇÃO DAS GARANTIAS.....	46
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	46
7. CAPITAL SEGURADO.....	46
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	46
9. RATIFICAÇÃO	46
INCLUSÃO DE FILHOS – IF.....	46
1. OBJETO DA GARANTIA	46
2. DEFINIÇÕES	47
3. FORMAS DE CONTRATAÇÃO	47
4. GARANTIAS.....	47
5. CARÊNCIA E FRANQUIA	47
6. CAPITAL SEGURADO.....	47
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	47
8. RATIFICAÇÃO	47
AUXÍLIO FUNERAL DEDUTÍVEL - AFD.....	48
1. OBJETO DA GARANTIA	48
2. DEFINIÇÕES	48
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	48
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	48
5. CAPITAL SEGURADO.....	48
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	48
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	48
8. RATIFICAÇÃO	49
AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR – AFC	49

1. OBJETO DA GARANTIA	49
2. DEFINIÇÕES	49
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	49
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	49
5. CAPITAL SEGURADO.....	49
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	50
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	50
8. RATIFICAÇÃO	50
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA	50
1. OBJETO DA GARANTIA	50
2. DEFINIÇÕES	58
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	58
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	59
5. CAPITAL SEGURADO.....	59
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	59
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	59
8. RATIFICAÇÃO	60
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA	60
1. OBJETO DA GARANTIA	60
2. DEFINIÇÕES	62
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	62
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	63
5. CAPITAL SEGURADO.....	63
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	63
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	63
8. RATIFICAÇÃO	64
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO	64
1. OBJETO DA GARANTIA	64
2. DEFINIÇÕES	65
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	65
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	65
5. CAPITAL SEGURADO.....	66
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	66
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	66
8. RATIFICAÇÃO	67
DOENÇAS GRAVES - DG	67
1. OBJETO DA GARANTIA	67
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	71
3. CARÊNCIA E FRANQUIA	71
4. CAPITAL SEGURADO.....	71
5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	71
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	71
7. RATIFICAÇÃO	72
DOENÇAS CONGENITAS DE FILHOS – DCF.....	72
1. OBJETO DA GARANTIA	72
2. DEFINIÇÕES	72
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	72
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	73
5. CAPITAL SEGURADO.....	73
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	73
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	73
8. RATIFICAÇÃO	74
PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO – PRD	74
1. OBJETO DA GARANTIA	74
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	74

3. CARÊNCIA E FRANQUIA	75
4. CAPITAL SEGURO	75
5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	75
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	75
7. RATIFICAÇÃO	76
DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIT	76
1. OBJETO DA GARANTIA	76
2. DEFINIÇÕES	77
3. RISCOS EXCLUÍDOS	77
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	77
5. CAPITAL SEGURO	77
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	78
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	78
8. RATIFICAÇÃO	79
DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH	79
1. OBJETO DA GARANTIA	79
2. DEFINIÇÕES	79
3. RISCOS EXCLUÍDOS	80
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	81
5. CAPITAL SEGURO	81
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	81
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	81
8. RATIFICAÇÃO	82
VERBAS RESCISÓRIAS – VR	82
1. OBJETO DA GARANTIA	82
2. RISCOS EXCLUÍDOS	82
3. CARÊNCIA E FRANQUIA	83
4. CAPITAL SEGURO	83
5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	83
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	83
7. RATIFICAÇÃO	85
ADIANTAMENTO DO CAPITAL SEGURO EM CASO DE DOENÇA TERMINAL – ACDT	85
1. OBJETO DA GARANTIA	85
2. ADIANTAMENTO DO CAPITAL SEGURO	85
3. RISCOS EXCLUÍDOS	85
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	85
5. CAPITAL SEGURO	85
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	86
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	86
8. RATIFICAÇÃO	86
DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA FEMININA - DCMF	86
1. OBJETIVO	86
2. GRUPO SEGURÁVEL	87
3. GRUPO SEGURO	87
4. CONDIÇÕES DE SEGURABILIDADE	87
5. RISCOS COBERTOS	87
6. RISCOS EXCLUÍDOS	87
7. CARÊNCIA E FRANQUIA	88
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	88
9. PERÍCIA/JUNTA MÉDICA	88
10. BENEFICIÁRIA	89
11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL	89
12. PRÊMIOS INDIVIDUAIS DO SEGURO	89
13. DUPLICIDADE DE COBERTURAS	89
14. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA	89

15. RATIFICAÇÃO.....	89
AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO – AA.....	89
1. OBJETO DA GARANTIA.....	89
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	90
3. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	90
4. CAPITAL SEGURADO.....	90
5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO.....	90
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	90
7. RATIFICAÇÃO.....	91
DESPESAS DIVERSAS POR MORTE – DDM.....	91
1. OBJETIVO.....	91
2. DEFINIÇÕES.....	91
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	92
4. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	92
5. CAPITAL SEGURADO.....	92
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO.....	92
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	92
8. RATIFICAÇÃO.....	93
DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE – DDA.....	93
1. OBJETIVO.....	93
2. DEFINIÇÕES.....	94
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	94
4. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	95
5. CAPITAL SEGURADO.....	95
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO.....	95
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	95
8. RATIFICAÇÃO.....	96
ADAPTAÇÃO CASA/VEÍCULO EM CASO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE – ACVIA.....	96
1. OBJETIVO.....	96
2. DEFINIÇÕES.....	102
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	103
4. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	103
5. CAPITAL SEGURADO.....	104
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO.....	104
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	104
8. RATIFICAÇÃO.....	104
DESPESAS DIVERSAS POR EVENTOS DA VIDA – DDEV.....	105
1. OBJETIVO.....	105
2. DEFINIÇÕES.....	105
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	105
4. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	106
5. CAPITAL SEGURADO.....	106
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO.....	106
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	106
8. RATIFICAÇÃO.....	107
DESPESAS DIVERSAS POR EVENTOS DA VIDA - NASCIMENTO DE FILHOS - DDEVNF.....	108
1. OBJETIVO.....	108
2. DEFINIÇÕES.....	108
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	108
4. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	108
5. CAPITAL SEGURADO.....	108
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO.....	108
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	108
8. RATIFICAÇÃO.....	109
DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR COVID-19 – DIH-COVID-19.....	109

1. OBJETO DA GARANTIA	109
2. DEFINIÇÕES	109
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	110
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	111
5. CAPITAL SEGURADO.....	111
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	111
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	111
8. RATIFICAÇÃO	112
CONVALESCENÇA APÓS ALTA HOSPITALAR POR COVID-19	112
1. OBJETO DA GARANTIA	112
2. DEFINIÇÕES	112
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	112
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	113
5. CAPITAL SEGURADO.....	113
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	114
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	114
8. RATIFICAÇÃO	114
FRATURA ÓSSEA - FO.....	114
1. OBJETO DA GARANTIA	114
2. DEFINIÇÕES	115
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	115
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	116
5. CAPITAL SEGURADO.....	116
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	116
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	116
8. RATIFICAÇÃO	117
QUEIMADURA - Q.....	117
1. OBJETO DA GARANTIA	117
2. DEFINIÇÕES	118
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	119
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	119
5. CAPITAL SEGURADO.....	119
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	119
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	119
8. RATIFICAÇÃO	120
GESTÃO PROTEGIDA – GP	120
1. OBJETO DA GARANTIA	120
2. DEFINIÇÕES	121
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	121
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	121
5. CAPITAL SEGURADO.....	121
6. BENEFICIÁRIO DO SEGURO	121
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	122
8. RATIFICAÇÃO	122

SEGURO SOBRE A VIDA E A INTEGRIDADE FÍSICA - VIDA EM GRUPO – TAXA MÉDIA

CONDIÇÕES GERAIS

1. DISPOSIÇÕES GERAIS E PRELIMINARES

- 1.1. Através da contratação deste seguro, a Seguradora obriga-se, mediante o pagamento do Prêmio equivalente, a garantir interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados, ocorridos durante a sua Vigência.

A leitura destas Condições Gerais, em especial do item 7. EXCLUSÕES GERAIS, e das Condições Especiais das coberturas efetivamente contratadas é de grande importância para conhecimento dos Riscos Cobertos e dos Riscos Excluídos.

- 1.2. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 1.3. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados). O presente produto foi registrado na SUSEP sob o Nº: 15414.901147/2014-38.
- 1.4. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.5. O Corretor de Seguros é responsável pela efetiva entrega ao destinatário dos documentos e outros dados que lhe forem confiados, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, sendo que sempre que houver o risco de perda de direito, a entrega deve ser feita em prazo hábil.
- 1.6. 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", ficam valendo para todas as Cosseguradoras.
- 1.6.1. 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.
- 1.6.2. 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.
- 1.7. 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 dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

- 1.8. O Estipulante poderá substituir processualmente o Segurado ou o Beneficiário para exigir, em favor exclusivo destes, o cumprimento das obrigações derivadas deste seguro.

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, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais a seguir enumeradas, as Cláusulas Especiais e Suplementares, as Condições Especiais e do Contrato expressamente convencionadas.**
- 2.2. O seguro pode ser extensivo aos componentes dependentes, se assim definido nas Condições Especiais.

3. OBJETO DO SEGURO

O presente seguro garante, nos termos da especificação da apólice, até os Capitais Segurados estabelecidos 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, 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

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

5. DEFINIÇÕES

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 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 Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz 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.

AGRAVAMENTO DO 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 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).

AVISO DE SINISTRO: Obrigação imposta ao Segurado ou ao beneficiário de comunicar formalmente a ocorrência do sinistro à 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.

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.

CANCELAMENTO DA APÓLICE: É a dissolução antecipada do contrato de seguro, que pode ocorrer pelos motivos previstos por esta apólice.

CAPITAL SEGUADO: É o valor máximo estabelecido para cada garantia contratada, a ser pago em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. Os valores dos Capitais Segurados serão pactuados na Proposta de Adesão.

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 as quais, os dados cadastrais do Segurado, garantias contratadas e o início de vigência individual.

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

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.

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.

CONTRATO: É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a 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.

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 na 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 propõe a contratação da apólice 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 Contratuais, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

FRANQUIA: É o período contínuo de tempo, em horas, ou dias, contado a partir da data do evento coberto, ou o valor inicial dos prejuízos indenizáveis, absorvido exclusivamente pelo Segurado ou pelo Beneficiário e sobre os quais não haverá indenização.

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.

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: Valor 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.

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: valor a ser pago pelo Segurado e/ou pelo Estipulante à Seguradora, para a garantia dos Riscos Cobertos. É o preço do seguro.

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

PROPOSTA DE ADESÃO: É o formulário, fornecido pela SEGURADORA, no 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.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: É o formulário fornecido pela Seguradora, através do qual o Estipulante, seu representante legal ou seu corretor de seguros, manifesta a sua vontade de contratar a apólice, como também fornece as informações necessárias para a cotação do prêmio e condições do seguro, manifestando ainda pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Contratuais.

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.

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) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença – DIT
- p) Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença – DIH
- q) Verbas Rescisórias – VR
- r) Adiantamento do Capital Segurado em Caso de Doença Terminal – ACDT
- s) Diagnóstico de Câncer de Mama Feminina - DCMF
- t) Auxílio Alimentação – AA
- u) Despesas Diversas por Morte – DDM
- v) Despesas Diversas por Acidente – DDA
- w) Adaptação Casa/Veículo em caso de 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
- bb) Fratura Óssea- FO
- cc) Queimadura – Q
- dd) Gestação Protegida - GP

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) 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) atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo o dolo do representante do Segurado ou do Beneficiário em prejuízo desses;
- d) 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 pessoa jurídica;
- e) competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes;
- f) 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) suicídio voluntário e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

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

8. CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

8.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta, mas as informações prestadas pelo Proponente, pelo Estipulante ou pelo Corretor de Seguros integram o contrato que vier a ser celebrado, devendo ser atualizadas para geração da Proposta.

8.2. A Proposta feita pela Seguradora, com base nas informações recebidas, não poderá ser condicional, deverá ser gerada em arquivo passível de guarda, mantido à disposição dos interessados, conter todos

os requisitos necessários para a contratação e o conteúdo integral das Condições Contratuais.

- 8.3.** A contratação, a alteração ou a renovação deste seguro será feita mediante Proposta de Contratação, assinada pelo Estipulante, pelo seu representante legal ou pelo Corretor de Seguros, e, quando aceita, ocasionará a emissão da Apólice ou Endosso.

8.3.1. A adesão à Apólice, o pedido de alteração ou a renovação do Certificado Individual será realizada mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, assinada pelo Proponente/Segurado.

8.3.2. As Condições Contratuais completas deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Proponentes previamente à contratação e as propostas devem conter cláusula de que os mesmos declaram ter conhecimento da íntegra das mesmas.

- 8.4.** As propostas de Contratação e de Adesão deverão conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco e poderão ser formalizadas por Meios Remotos, quando disponibilizados. A Seguradora fornecerá ao Estipulante, ao Proponente, ao seu representante legal ou ao Corretor de Seguros, o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

- 8.5.** **O Estipulante e o Proponente devem fornecer as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do Prêmio, respondendo de forma completa os campos da Proposta e, se houver, da Declaração Pessoal de Saúde, e informando tudo de relevante que souber ou que deveria saber a respeito dos riscos a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.**

- 8.6.** A Seguradora terá um prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da Proposta de Contratação ou de Adesão, contados da data de seu recebimento, seja para seguros novos, renovações ou alterações que impliquem modificação do risco.

8.6.1. A Seguradora poderá solicitar esclarecimentos e o prazo para a recusa terá novo início, a partir do atendimento da solicitação.

- 8.7.** A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da Proposta de Contratação ou de Adesão, justificando a recusa. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, a proposta será considerada aceita.

Em caso de recusa de proposta 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 Estipulante ou ao Proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela proporcional (*pro rata temporis*) correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória. 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.

- 8.8.** **O Segurado perderá o direito à Indenização se agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do seguro contratado.**

8.8.1. **Será relevante o agravamento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito na Proposta e/ou na Declaração Pessoal de Saúde respondida pelo Segurado na contratação, ou da severidade dos efeitos de tal realização.**

8.8.2. Para evitar a perda da garantia, o Segurado deve comunicar relevante agravamento do risco à Seguradora tão logo dele tome conhecimento.

A Seguradora, poderá, no prazo de 20 (vinte) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco pelo Segurado, por meio de comunicação formal, cobrar a diferença de Prêmio cabível.

Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do Prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o Segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contados da ciência da alteração no Prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

8.8.3. O Segurado que dolosamente descumprir o dever previsto no item 8.8.2 perde a garantia, sem prejuízo da dívida de Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

8.8.4. O Segurado que culposamente descumprir o dever previsto no item 8.8.2 fica obrigado a pagar a diferença de Prêmio apurada.

8.8.5. Sobrevindo o Sinistro, a Seguradora somente poderá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o Sinistro caracterizado.

8.9. A emissão e o envio e/ou disponibilização ao Estipulante e/ou ao Segurado, por meio físico ou remoto, da Apólice, do Certificado Individual ou do Endosso, será feita em até 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da Proposta. A utilização de Meios Remotos deverá garantir a possibilidade de impressão ou download dos documentos pelo Estipulante e/ou pelo Segurado.

9. ANÁLISE E ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

9.1. Poderão ser incluídos no seguro 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 à apólice coletiva, conforme item 12 destas Condições Gerais, mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, nos termos do item 8 acima.

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 análise e aceitação do risco individual basear-se-á em critérios técnicos adotados pela Seguradora, que se reserva o direito de aceitar ou não a proposta apresentada, na forma e prazos descritos no item 8 destas Condições Gerais.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA DO SEGURO

O presente seguro cobre sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, observada a cláusula de Exclusão Territorial destas Condições Gerais.

11. CUSTEIO DO SEGURO

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

- a) não contributivo**, quando os Segurados não pagam prêmios, ou
- b) contributivo**, quando os Segurados pagam prêmios total ou parcialmente.

11.2. O custeio deste Seguro será determinado pela aplicação da taxa 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.

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 e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24h (vinte e quatro horas) das datas para tal fim neles indicadas.

14.1.2. A renovação deste seguro será automática.

14.1.3. Caso o Estipulante não tenha interesse na renovação, poderá avisar a Seguradora com antecedência ou recusar a nova Apólice, interrompendo a inclusão de novos Segurados a partir do término de vigência da Apólice anterior.

14.1.4. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice ou pretenda fazer modificações para a renovação, deverá cientificar o Estipulante ou o Corretor de Seguros em até 30 (trinta) dias antes do término de vigência da Apólice. Se a Seguradora for omissa, a Apólice será automaticamente renovada..

14.1.5. 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 $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

14.1.6. 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 Seguradora, até o final de vigência especificado nos certificados individuais já emitidos, respeitando-se os prêmios pagos e/ou devidos.

14.1.7. 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 às 24 (vinte e quatro) horas das datas fixadas no Certificado Individual, desde que o prêmio seja pago na forma pactuada.

14.2.3. O início de vigência será a data da aceitação da proposta de adesão ou data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.

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 dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado, com 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;
- d) se 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 escrita;
- b) por 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) em caso de 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 boa-fé 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 Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao risco decorrido.

16. CAPITAL SEGURADO

16.1. O Capital Segurado estabelecido para cada garantia e vigente na data do evento é a importância máxima a ser paga ou reembolsada para fins de indenização.

16.1.1. A data do evento será determinada em cada garantia nos termos das condições especiais deste 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 (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 $\frac{3}{4}$ (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 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 $\frac{3}{4}$ (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, na apólice e nos certificados individuais.

- 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 prazo de carência não poderá ser superior a dois anos nem poderá exceder à metade do prazo de vigência da cobertura individual.
- 19.4. Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente Pessoal, exceto no caso de suicídio voluntário 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 iniciada 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 sem interrupção de continuidade, para as mesmas coberturas e capitais segurados.

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 prêmio 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 Estipulante ou pelo Segurado, conforme contrato, 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 da prestação única do prêmio 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. **Quando o pagamento da Indenização acarretar o cancelamento do Certificado Individual, as parcelas vincendas do Prêmio correspondente, quando aplicável, poderão ser deduzidas do valor da Indenização.**
- 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. A Seguradora encaminhará ou disponibilizará os documentos de cobrança diretamente ao Estipulante, ao Segurado ou a seus representantes ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência acordada em relação à data dos respectivos vencimentos. **O**

responsável pelo recebimento dos documentos de cobrança deverá avisar eventual falha de recebimento antes da data de vencimento.

20.8. A falta de pagamento da primeira parcela do Prêmio mensal ou fracionado ou da prestação única do Prêmio na data indicada implicará o cancelamento automático do seguro.

20.9. 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.

20.9.1. 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.

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

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

20.12. Nos seguros contributários, o não repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão e o cancelamento da cobertura e, na ocorrência de Sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos Prêmios recolhidos junto aos Segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais.

20.13. 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.

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

20.13.2. 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.

21. SUSPENSÃO DE COBERTURAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

21.1. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, a Seguradora notificará o Estipulante e suspenderá a garantia contratual se o Prêmio em atraso não for pago no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da notificação ou até o fim do período de cobertura correspondente à exata proporção dos prêmios já pagos, se posterior aos 15 (quinze) dias.

21.2. Caso o Estipulante recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo de 15 (quinze) dias terá início na data da frustração da notificação.

21.3. Os Segurados ou seus beneficiários perderão o direito ao recebimento de qualquer indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

22. REABILITAÇÃO DE COBERTURAS

- 22.1.** Durante o período de suspensão e antes de seu cancelamento, se pago o prêmio em atraso, o seguro, seja a apólice, sejam as coberturas individuais, será reabilitado a partir do dia seguinte ao da data do pagamento, sendo vedada a cobrança de prêmio para o período sem cobertura.
- 22.2.** O Prêmio em atraso estará sujeito à atualização monetária pelo IPCA (IBGE), tomando-se em conta a diferença positiva entre o último índice apurado antes da exigibilidade do pagamento da obrigação e o índice imediatamente anterior à data do seu efetivo pagamento, acrescido de multa de 2% (dois por cento) e de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo para pagamento da obrigação.

23. CANCELAMENTO DE COBERTURAS POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIOS

- 23.1.** Além do disposto no item 20.8, o não pagamento em até 90 (noventa) dias da suspensão da garantia implicará o cancelamento do seguro, sem prejuízo da obrigação do pagamento dos Prêmios devidos pelo risco decorrido. A Seguradora poderá propor ação de execução para cobrança do Prêmio pelo período em que a cobertura esteve vigente.

24. OBRIGAÇÃO DA SEGURADORA

- 24.1.** A Seguradora é obrigada a:
- a) informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Subestipulante, sempre que solicitado;
 - b) 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 facultado 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.** Assim que souber da ocorrência de sinistro, o Segurado, seu Beneficiário ou seu representante deverá:
- a)** Comunicar o sinistro ao Estipulante ou à Seguradora através dos meios de contato oficiais indicados no Certificado Individual, ou através de outro meio idôneo, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, tais como data, hora, local, causa; e
 - b)** Providenciar os documentos descritos na cláusula LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS da cobertura relacionada ao sinistro ocorrido, encaminhá-los ao Estipulante ou à Seguradora e prestar todas as informações e os esclarecimentos solicitados.
- 26.2.** É vedado ao Segurado e ao Beneficiário destruir ou alterar elementos relacionados ao Sinistro.
- 26.2.1.** O descumprimento culposo do dever previsto no item 26.2 acima implica obrigação de suportar as despesas acrescidas para a Regulação e a Liquidação do Sinistro.
- 26.2.2.** O descumprimento doloso do dever previsto no item 26.2 acima exonera a Seguradora do dever de pagar o Capital Segurado.
- 26.3.** A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, contado da data do recebimento da documentação constante nas condições especiais de cada garantia contratadas.
- 26.3.1.** A Seguradora ou o regulador do Sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los.
- 26.3.2.** Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no item 26.3 acima, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por no máximo 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.
- 26.3.3.** O prazo estabelecido no item 26.3 acima somente pode ser suspenso 1 (uma) vez nos seguros em que o Capital Segurado não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente
- 26.4.** Reconhecida a cobertura, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a Indenização.
- 26.4.1.** A Seguradora ou o liquidante do Sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los.
- 26.4.2.** Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no item 26.4 acima, o prazo para o pagamento da Indenização suspende-se por no máximo uma vez,

recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

26.4.3. O não pagamento da indenização no prazo de 30 (trinta) dias após reconhecida a cobertura pela Seguradora implicará atualização monetária do valor devido pelo IPCA (IBGE), tomando-se em conta a diferença positiva entre o último índice apurado antes da exigibilidade do pagamento da obrigação e o índice imediatamente anterior à data do seu efetivo pagamento, acrescido de multa de 2% (dois por cento) e de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo para pagamento da obrigação.

26.5. A execução dos procedimentos de Regulação e Liquidação de Sinistro não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento de qualquer Indenização por parte da Seguradora.

26.6. Correm por conta da Seguradora todas as despesas com a Regulação e a Liquidação do Sinistro, **salvo as realizadas para a apresentação dos documentos predeterminados para comunicação da ocorrência e para prova da identificação e legitimidade do Beneficiário, além de outros documentos ordinariamente em poder do interessado.**

26.7. A 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. Reconhecida a invalidez laborativa pela 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.

26.9. Junta Médica

26.9.1. 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.

26.9.2. 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.

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

26.10. Perícia da Seguradora

26.10.1. 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 e das Condições Especiais das coberturas contratadas.

26.10.2. 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.

26.10.3. 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. Caso o processo de regulação de Sinistros conclua que a Indenização não é devida, o Segurado, ou o Beneficiário, será comunicado formalmente, com os documentos que fundamentem o não pagamento e que não sejam considerados confidenciais ou sigilosos por lei, dentro do prazo previsto no item 26.3 destas Condições Gerais.

27. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

27.1. Nenhuma Indenização será devida se houver, por parte do Segurado, do Estipulante, do Beneficiário ou de seus representantes, inobservância às Condições Contratuais deste seguro e ao que esteja previsto em lei.

27.2. Se o Estipulante ou o Segurado, por si ou por seu representante, de forma dolosa, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou na fixação da taxa para cálculo do Prêmio, perderá o direito à Indenização sem prejuízo da dívida de Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações resultar de descumprimento culposo do Estipulante ou do Segurado, a garantia será reduzida proporcionalmente à diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação do Estipulante e do Segurado de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

27.3. O Segurado ou o Beneficiário perderá o direito à Indenização se provocar o Sinistro de forma dolosa, se tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la ou se a reclamação for decorrente de ato do Segurado que caracterize ilícito criminal, sem prejuízo da dívida de Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

27.4. A fraude cometida por ocasião da reclamação de Sinistro leva à perda pelo infrator do direito à garantia, liberando a Seguradora do dever de prestar a Indenização.

27.5. Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado participará o sinistro à Seguradora, tão

logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.

- 27.6. O agravamento de risco pode levar à perda do direito à indenização, nos termos do item 8.7 destas Condições Gerais.

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 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

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

30. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou do corretor de seguros, 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.

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 Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;

III – dar suporte ao Segurado e ao Beneficiário, durante a contratação e a vigência do seguro e fornecer a 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, quando for responsável por tais ações;

VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da 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.

31.2. O Estipulante responde perante os Segurados, os Beneficiários e a Seguradora, por seus atos e omissões.

31.3. Na hipótese de pagamento de remuneração ao Estipulante ou ao Subestipulante, é obrigatório constar da Proposta de Adesão, do questionário da Seguradora, se houver, do Certificado Individual e dos demais Documentos Contratuais, o seu percentual e valor, devendo o Segurado ser informado sempre que houver qualquer alteração.

32. VEDAÇÕES AO ESTIPULANTE

É expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante:

I. Cobrar dos Segurados, nos seguros contributivos, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora; e

II. Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da 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 contributivo, 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), considerando-se 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 ou outros pertinentes às operações de seguros que venham a substituí-los: 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

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

35. TOLERÂNCIA

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

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

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.

O reembolso de despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente pelo IPCA (IBGE), tomando-se em conta a diferença positiva entre o último índice apurado antes da exigibilidade do pagamento da obrigação e o índice imediatamente anterior à data do seu efetivo pagamento.

38. FORO

O foro competente para as ações de seguro é o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, salvo se eles ajuizarem a ação optando por qualquer domicílio da Seguradora ou de agente dela.

39. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

40. EMBARGOS E SANÇÕES INTERNACIONAIS

40.1. Ficam expressamente excluídos da cobertura desta Apólice todos e quaisquer riscos cujo reconhecimento da cobertura e/ou pagamento do Capital Segurado ou da Indenização Securitária possa implicar na obrigação da Seguradora de atuar de forma que resulte em sanções, penalidades ou medidas restritivas impostas por autoridades dos Estados Unidos da América, do Reino Unido ou da União Europeia, conforme previsto nas listas oficiais de sanções a seguir:

- UN Security Council: <https://www.un.org/sc/suborg/en/sanctions/information>

- European External Action Service (EEAS): www.eeas.europa.eu/eeas/european-union-sanctions_en
- European Commission – Sanctions: https://finance.ec.europa.eu/eu-and-world/sanctions-restrictive-measures_en
- EU Consolidated Sanctions List: <https://data.europa.eu/data/datasets/consolidated-list-of-persons-groups-and-entities-subject-to-eu-financial-sanctions?locale=en>
- EU Sanctions Map: <https://www.sanctionsmap.eu/#/main>
- Office of Foreign Assets Control (OFAC): <https://ofac.treasury.gov/>
- OFAC FAQs: <https://ofac.treasury.gov/faqs>
- OFAC Sanctions List Search: <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>
- Sanctions Programs – Country Based: <https://ofac.treasury.gov/sanctions-programs-and-country-information>
- Sanctions Compliance for the Insurance Industry: https://ofac.treasury.gov/faqs/search?search_api_fulltext=1616

40.2. Também estão excluídos da cobertura todos e quaisquer riscos cujo pagamento imediato do respectivo capital segurado ou indenização securitária esteja vedado em razão de embargos ou sanções comerciais e econômicas internacionais impostas por entidades multilaterais das quais o Brasil seja integrante, tais como:

- Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo (GAFI): <https://www.fatf-gafi.org/>
- Organização das Nações Unidas (ONU): <https://nacoesunidas.org/conheca/>.

40.3. A aplicação desta cláusula estará condicionada à caracterização do fato gerador no momento da ocorrência do sinistro. Caso os embargos ou sanções descritas nos itens 40.1 e 40.2 venham a ser impostos após a data do sinistro, o pagamento do capital segurado ou da indenização ficará suspenso até que tais medidas sejam oficialmente revogadas pelo órgão competente, nacional ou internacional.

40.4. **O Segurado perderá o direito à indenização caso fique comprovado que o evento gerador do sinistro decorreu de ato doloso praticado por ele ou por seu representante legal, com nexos causal direto com sanções impostas por organismos internacionais.**

41. EXCLUSÃO TERRITORIAL

41.1. Fica expressamente estabelecido que não haverá pagamento de capital segurado, indenizações, benefícios ou qualquer obrigação financeira decorrente desta Apólice a beneficiários ou segurados que estejam localizados, domiciliados ou residindo em territórios considerados restritos, limitados ou excluídos.

Países, territórios e regiões abrangidos por esta exclusão:

- Irã
- Síria
- Coreia do Norte
- Crimeia, Donetsk, Luhansk, Kherson e Zaporizhzhia

- **Bielorrússia**
- **Federação Russa**
- **Cuba**
- **Venezuela**
- **Líbia**
- **Afeganistão**
- **Mianmar (Birmânia)**
- **República Centro-Africana**
- **República Democrática do Congo**
- **Haiti**
- **Iraque**
- **Líbano**
- **Nicarágua**
- **Somália**
- **Sudão do Sul**
- **Sudão**
- **Iémen**
- **Zimbábue**

CONDIÇÕES ESPECIAIS

MORTE – M

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

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais.

3. CARÊNCIA

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. BENEFICIÁRIOS 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

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

MORTE ACIDENTAL – MA

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, 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos constantes no item 7. Exclusões Gerais das 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 gases 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 SEGURO

- 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.
- 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

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

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPD

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 60°; 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

Além dos riscos excluídos para todas as garantias do seguro constante no item 7. Exclusões Gerais das 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

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, datado e assinado, com a indicação do CRM, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi diagnosticada e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas 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

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

INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ILPD

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 no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos gerados por:

a) doenças do trabalho ou profissionais, que não se enquadram nas definições desta cobertura e das Condições Gerais;

b) 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

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 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 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 datado e assinado, com a indicação do CRM, indicando o diagnóstico inicial, evolução, diagnóstico conclusivo e indicação da data exata do atingimento do estágio de invalidez que se enquadra em invalidez laborativa permanente total;
- f) Cópia simples de resultados de exames e laudos complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante.
- g) Cópia simples da declaração anual de ajuste do imposto de renda do ano base anterior à caracterização da invalidez laborativa principal do Segurado.

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

7. RATIFICAÇÃO

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

INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC

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 às 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

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

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

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

9. RATIFICAÇÃO

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

INCLUSÃO DE FILHOS – IF

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

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 às mesmas disposições estabelecidas nas condições contratuais.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

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

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

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

8. RATIFICAÇÃO

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

AUXÍLIO FUNERAL DEDUTÍVEL - AFD

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

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

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) Cópia simples dos documentos pessoais do beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço;
- e) Cópia simples da certidão de óbito do Segurado sinistrado;
- f) 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

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

AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR – AFC

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

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constantes no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

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) Cópia simples dos documentos pessoais do beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço;
- e) Cópia simples da certidão de óbito do Segurado sinistrado;
- f) 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

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

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

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	3
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	6
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
Síndromes Psiquiátricas	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse 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 porcentagem 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 tomando-se 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, 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.

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 no item 7. Exclusões Gerais das 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- 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 gases 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 SEGURO

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 do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- h) Cópia simples do laudo de exame toxicológico (se houver);
- i) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);
- j) Relatório ou laudo médico, datado e assinado, com a indicação do CRM, do médico que prestou o atendimento, contendo as especificações técnicas, sequelas, grau definitivo e data da invalidez;
- k) Exames diagnósticos relacionados à invalidez coberta, inclusive exames de imagem (RX e outros);
- l) 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

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

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

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, 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.

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 no item 7. Exclusões Gerais das 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - 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 gases 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. 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 simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);

- g) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
 - h) Cópia simples do laudo de exame toxicológico (se houver);
 - i) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);
 - j) Relatório ou laudo médico, datado e assinado, com a indicação do CRM, do médico que prestou o atendimento, contendo as especificações técnicas, sequelas, grau definitivo e data da invalidez;
 - k) Exames diagnósticos relacionados à invalidez coberta, inclusive exames de imagem (RX e outros);
 - l) 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

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

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO

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, 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.

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 no item 7. Exclusões Gerais das 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 SEGUADO

- 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) Cópia da CNH do Segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que deu causa ao sinistro);
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- f) Relatório do Médico Assistente ou do dentista habilitado, datado e assinado, com a indicação do CRM ou CRO, discriminando o diagnóstico e o tratamento realizado;
- g) Guia de internação hospitalar, se houver;
- h) Cópia simples do pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados;
- i) Cópia do receituário médico eferente aos medicamentos utilizados;
- j) Notas fiscais ou recibos originais das despesas médicas hospitalares e/ou odontológicas cobertas, com discriminação dos serviços, materiais e/ou medicamentos utilizados pelo Segurado;
- k) 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

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

DOENÇAS GRAVES - DG

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, estômago 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 primárias 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 clínico 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 AMIOTRÓFICA (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 peritoneal)

- 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

Além dos riscos excluídos para todas as garantias do seguro constante no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta garantia os riscos assim descritos na cláusula 1.2 destas Condições Especiais.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

3.1. O período de carência será definido na apólice e no certificado individual e não poderá ser superior à metade do prazo 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 do relatório do médico assistente do Segurado, datado e assinado, com a indicação do CRM, indicando o início e o diagnóstico da doença;**
- e) Resultados de exames e laudos complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença coberta.**

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

7. RATIFICAÇÃO

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

DOENÇAS CONGENITAS DE FILHOS – DCF

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 cromossômicas (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 no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais para todas as garantias, esta expressamente excluída desta garantia o nascimento do filho natimorto (pessoa que nasce morta).

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

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

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, datado e assinado, com a indicação do CRM, 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. 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.

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

8. RATIFICAÇÃO

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

PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO – PRD

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 no item 7. Exclusões Gerais das 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 na apólice e no certificado individual e não poderá exceder à metade do prazo da vigência individual do seguro.

O período de franquia para esta garantia será definido na apólice e no certificado individual 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 SEGUADO

- 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

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

7. RATIFICAÇÃO

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

DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIT

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, 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.

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

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constantes no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

4.1. O período de carência para esta garantia será definido na apólice e no certificado individual.

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

4.2. O período de franquia para esta garantia será definido na apólice e no certificado individual 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 segura, 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

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) Cópia da CNH do Segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que deu causa ao sinistro);
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- f) Relatório médico datado e assinado, com a indicação do CRM, informando o motivo do afastamento do Segurado com o respectivo número do CID;
- g) Cópia simples da Comunicação do Resultado do Exame Médico – CREM;
- h) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença;
- i) Declaração do médico e/ou hospital constando o período de afastamento;
- j) Cópia simples do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (para o caso de acidente na empresa);
- k) Cópia simples da Ficha de Registro de Empregados – FRE.
- l) Relatório do Médico-Assistente e exames atualizados, sempre que necessário, até a alta médica;
- m) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por Beneficiário;
- n) Carta de concessão do auxílio-doença do INSS;
- o) 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

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

DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH

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 Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e 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 no item 7. Exclusões Gerais 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 pós-laminectomia, 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 na apólice e no certificado individual.

Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.2. O período de franquia para esta garantia será definido na apólice e no certificado individual 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

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)** Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- f)** Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- g)** Laudo do exame toxicológico (se houver);

- 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 ou cópia autenticada do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- i) Relatório detalhado do médico assistente, datado e assinado, com a indicação do CRM, detalhando o diagnóstico e o tratamento realizado, bem como o tempo previsto de internação hospitalar;
- j) Resultados de exames e laudos complementares realizados para o diagnóstico, que comprovem a necessidade de internação hospitalar;
- k) Relatório do Médico-Assistente e exames atualizados, sempre que necessário, até a alta hospitalar;
- l) Resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);
- m) Cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (para o caso de acidente na empresa);
- n) Cópia da Ficha de Registro de Empregados – FRE.
- o) 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

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

VERBAS RESCISÓRIAS – VR

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

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constantes no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência e franquia desta garantia será estabelecido na apólice e no certificado individual 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 (se houver);

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 Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas 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

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

ADIANTAMENTO DO CAPITAL SEGURADO EM CASO DE DOENÇA TERMINAL – ACDT

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 segurado 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 fazê-lo.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constantes no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência será definido na apólice e no certificado individual e não poderá exceder à metade do prazo 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) destas Condições Especiais.

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 simples do comprovante de endereço do Segurado sinistrado;
- e) Cópia simples do relatório ou laudo médico, com o diagnóstico da doença coberta, datado e assinado pelo médico especialista habilitado que prestou o atendimento, com a indicação do CRM;
- f) Resultados de exames e laudos complementares pertinentes à doença que vitimou o Segurado sinistrado principal;
- g) Cópias simples dos documentos do representante legal do Segurado, se for o caso, regularmente decretado por juízo competente, quando o Segurado não estiver em pleno gozo de sua capacidade civil e física: RG, CPF e comprovante de endereço.

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

8. RATIFICAÇÃO

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

DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA FEMININA - DCMF

1. OBJETIVO

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 responsabilize pelo pagamento dos prêmios mensais.

3. GRUPO SEGURADO

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 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. **Exclusões Gerais das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia 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-malignas, 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 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. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de aviso de sinistro específico, devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG, do CPF e do comprovante de endereço da Segurada sinistrada;
- c) exames de imagem (ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e/ou outros exames assemelhados);
- d) resultado de exame anatomopatológico e de estudo histopatológico;
- e) relatórios médicos que datem da época do diagnóstico (todo o período desde o início dos primeiros exames até a sua assinatura);
- f) relatório médico descrevendo: tipo de neoplasia, estadiamento, características do estágio evolutivo atual da doença neoplásica;
- g) 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 à Segurada 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 pela Segurada 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

Será a própria Segurada no caso de Cobertura de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino.

11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL

- a. Os Capitais Segurados pela Cobertura de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminina e pela Cobertura Morte não se acumulam.
- b. O capital antecipado pela Cobertura de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminina é integralmente dedutível do capital da cobertura Morte e não sofre reintegração.
- c. Uma vez pago o adiantamento da Cobertura por Diagnóstico de Câncer de Mama Feminina 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 de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminina será proporcionalmente reduzido, em função da exclusão da Segurada dessa cobertura.
- b. Na hipótese de haver constatação do diagnóstico de câncer de mama feminina 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 feminina, a Segurada será excluída da apólice sem direito a devolução dos prêmios pagos.

13. DUPLICIDADE DE COBERTURAS

Uma Segurada não poderá estar coberta por mais de uma vez pela Cobertura de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminina.

- 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

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos as seguradas com residência fixa no Brasil.

15. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta Garantia.

AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO – AA

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

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constantes no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência para esta garantia será definido na apólice e no certificado individual. Não há prazo de franquia para esta garantia.

4. CAPITAL SEGUADO

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, se for o caso;
- 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 (se houver);
- o) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);
- 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

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

DESPESAS DIVERSAS POR MORTE – DDM

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 às Condições Especiais 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, 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constantes no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência para esta garantia será definido na apólice e no certificado individual.

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, se for o caso;
- 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 (se houver);
- o) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);
- 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

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

DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE – DDA

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 Cobertura de Morte Acidental** e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa às Condições Especiais 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, 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constantes no item 7. Exclusões Gerais das 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- 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 gases 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 SEGUADO

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 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, se for o caso;
- 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) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- i) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;
- j) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);

- k) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;
- l) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- m) Cópia simples do laudo de exame toxicológico (se houver);
- n) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);
- o) Cópia simples do RG e CPF dos Beneficiários;
- p) Cópia simples do comprovante de endereço dos Beneficiários;
- q) Cópia simples das certidões de nascimentos dos Beneficiários;
- r) Cópia simples das certidões de óbitos dos Beneficiários falecidos;
- s) 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

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

ADAPTAÇÃO CASA/VEÍCULO EM CASO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE – ACVIA

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	3
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	6
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 fistulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fistulas	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
Síndromes Psiquiátricas	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse 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 Visceras)	
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 porcentagem 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 tomando-se 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, 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.

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 no item 7. Exclusões Gerais das 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- 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 gases 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

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 do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando houver;
- g) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- h) Cópia simples do laudo de exame toxicológico (se houver);
- i) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);
- j) Relatório ou laudo médico, datado e assinado, com a indicação do CRM, do médico que prestou o atendimento, contendo as especificações técnicas, sequelas, grau definitivo e data da invalidez;
- k) Exames diagnósticos relacionados à invalidez coberta, inclusive exames de imagem (RX e outros);
- l) 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

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

DESPESAS DIVERSAS POR EVENTOS DA VIDA – DDEV

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 no item 7. Exclusões Gerais das 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 de:

- 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 de:

- a) Divórcios fora da vigência do Seguro;**
- b) Separação judicial.**

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

4.1. O período de carência desta garantia será estabelecido na apólice e no certificado individual, 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 cobertura 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, se for o caso;
- e)** Cópia simples do comprovante de endereço do Segurado;
- 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, se for o caso;
- l) Cópia simples do comprovante de endereço do Segurado;
- 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, se for o caso;
- 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

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

DESPESAS DIVERSAS POR EVENTOS DA VIDA - NASCIMENTO DE FILHOS - DDEVNF

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 no item 7. Exclusões Gerais das 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, se for o caso;
- e) Cópia simples do comprovante de endereço do Segurado;
- 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

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

DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR COVID-19 – DIH-COVID-19

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 cobertura 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 no item 7. Exclusões Gerais 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 clínicas 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 pós-laminectomia, 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 na apólice e no certificado individual.**
- 4.2. O período de franquia para esta garantia será definido na apólice e no certificado individual 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 SEGUADO

- 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

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 ou cópia autenticada do prontuário médico fornecido pelo Hospital;**

- f) Relatório detalhado do médico assistente, datado e assinado, com a indicação do CRM, detalhando o diagnóstico e o tratamento realizado, bem como o tempo previsto de internação hospitalar;
- g) Cópia da Ficha de Registro de Empregados – FRE.
- h) 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

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

CONVALESCENÇA APÓS ALTA HOSPITALAR POR COVID-19 – CONV-COVID-19

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 no item 7. Exclusões Gerais 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 clínicas 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 reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, degeneração muscular progressiva (DMP), síndrome pós-laminectomia, 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 na apólice e no certificado individual.

4.2. O período de franquia para esta garantia será definido na apólice e no certificado individual.

5. CAPITAL SEGUADO

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

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 ou cópia autenticada do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- f) Relatório detalhado do médico assistente datado e assinado, com a indicação do CRM, detalhando o diagnóstico e atestando o tratamento realizado;
- g) Cópia da Ficha de Registro de Empregados – FRE.
- h) 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

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

FRATURA ÓSSEA - FO

1. OBJETO DA GARANTIA

- 1.1. Garante ao Segurado o pagamento de indenização integral do Capital Segurado contratado para esta garantia em virtude de Fratura Óssea causada por Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**
- 1.2. Para fins desta cobertura, entende-se como Fratura Óssea coberta:
 - Fratura completa: fratura cujo osso tenha rompido de uma extremidade até a outra.
 - Fratura múltipla: mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso.

- Fratura complexa: fratura exposta, quando os tecidos moles sobrejacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior, ou quando o osso se quebra em pedaços.
- Fratura de Colles: fratura no osso rádio próximo ao punho.
- Fratura de dedos: no mínimo fratura de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo Segurado em um mesmo evento.

1.3. O pagamento de indenização decorrente de Fratura coberta causará o cancelamento imediato desta garantia, não havendo reintegração do Capital Segurado ou sua renovação em outros períodos de vigência, permanecendo vigente as demais garantias.

1.4. 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: 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 no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não serão 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 quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
- d) De intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;
- e) 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, ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;

- f) 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;
- g) De autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;
- h) De fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais um osso é quebrado através de uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tais como tumores ósseos, metástases ósseas e doenças do metabolismo;
- i) De osteoporose (porosidade no osso causada por perda de proteína);
- j) De fraturas por estresse de forma geral, completas ou incompletas;
- k) De fratura exclusiva do nariz;
- l) De fratura ou quebra de dentes;
- m) De fraturas ocorridas nas falanges distais das mãos e dos pés;
- n) De luxações ou deslocamentos de qualquer tipo ou natureza;
- o) De lesões ligamentares, tendinosas ou de cartilagens de qualquer tipo ou natureza;
- p) De amputação.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 4.1. Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito na alínea h do item 7. EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais.
- 4.2. Para esta garantia não há franquia.

5. CAPITAL SEGUADO

- 5.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida na apólice e no certificado individual.
- 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. **Havendo indenização por esta cobertura, o respectivo Capital Segurado será automaticamente cancelado, não sendo permitida sua reintegração.**

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

- 6.1. Para esta garantia o Beneficiário será o próprio Segurado.

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) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial (se houver);
 - j) Cópia simples do Laudo médico;
 - k) RX das lesões e cópia simples dos exames realizados;
 - l) 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

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

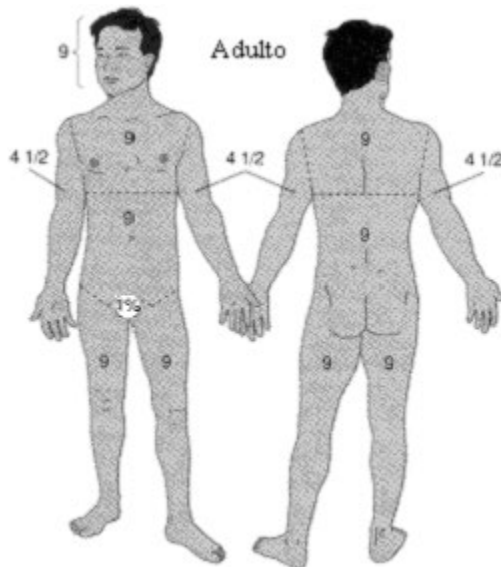
QUEIMADURA - Q

1. OBJETO DA GARANTIA

- 1.1. Garante ao Segurado o pagamento de indenização integral do Capital Segurado contratado para esta garantia em virtude de Queimadura causada por Acidente Pessoal coberto e que atinja no mínimo 5% (cinco por cento) da área do corpo do Segurado, conforme Regra dos 9, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**
- 1.2. **Para fins desta cobertura, entende-se como:**
 - **Queimadura:** decomposição do tecido da pele produzida por contato com fogo, calor ou substância corrosiva, afetando pelo menos a epiderme e a derme (no mínimo de 2º grau), causando a formação de bolhas.
 - **Regra dos 9:** sistema usado para determinar a porcentagem do corpo afetada por queimaduras. De acordo com este sistema, a cabeça e cada braço valem 9% da superfície, a parte dianteira do torso,

a parte traseira do torso e membro inferior direito e esquerdo valem 18% cada. A área genital vale 1% totalizando os 100% de superfície do corpo, conforme detalhamento e figura ilustrativa abaixo:

Superfície do corpo de um adulto			
De frente:		De costas:	
Rosto	9%	Costas	9%
Tórax	9%	Abdômen	9%
Abdômen	9%	Perna direita	9%
Perna direita	9%	Perna esquerda	9%
Perna esquerda	9%	Braços, direito + esquerdo	9%
Braços, direito + esquerdo	9%	Subtotal (área de costas do corpo)	45%
Órgãos genitais	1%		
Subtotal (área de frente do corpo)	55%		
55%(frente) + 45%(costas) = 100% da área do corpo			



- 1.3. O pagamento de indenização decorrente de Queimadura coberta causará o cancelamento imediato desta garantia, não havendo reintegração do Capital Segurado ou sua renovação em outros períodos de vigência, permanecendo vigente as demais garantias.
- 1.4. 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: 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 no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não serão indenizados, os eventos ocorridos em consequência:**
- a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do Segurado no presente seguro, bem como suas consequências;**
 - b) 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, ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;**
 - c) 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;**
 - d) De queimaduras provenientes da exposição excessiva ao sol ou da utilização de qualquer técnica de bronzeamento artificial;**
 - e) Da exposição ao sol ou ao frio, não decorrentes de acidentes pessoais.**

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 4.1. Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito na alínea h do item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais.**
- 4.2. Para esta garantia não há franquia.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida na apólice e no certificado individual.**
- 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. Havendo indenização por esta cobertura, o respectivo Capital Segurado será automaticamente cancelado, não sendo permitida sua reintegração.**

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

- 6.1. Para esta garantia o Beneficiário será o próprio Segurado.**

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) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial (se houver);
- j) Cópia simples do laudo médico atestando, em percentual, a área do corpo do Segurado atingida pela queimadura;
- k) Cópia simples dos exames realizados;
- l) 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

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

GESTÃO PROTEGIDA – GP

1. OBJETO DA GARANTIA

- 1.1. Garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura em caso de morte natural ou acidental do titular ou do seu cônjuge, ocorrida durante o período gestacional, **exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**
- 1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura Morte - M ou com a cobertura Morte Acidental – MA.
- 1.3. **Esta garantia destina-se ao interesse do nascituro, cuja sobrevivência ao óbito do titular ou de seu cônjuge constitui condição para a análise do sinistro.**

2. DEFINIÇÕES

Responsável legal: pessoa com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade, sendo usualmente os pais.

Período gestacional: período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constantes no item 7. Exclusões Gerais das Condições Gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não serão indenizados, os eventos relacionados a:

- a) Nascimentos ocorridos em data anterior à data do óbito do Segurado titular ou do seu cônjuge;
- b) Adoção.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

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

4.2. Para esta garantia não há franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida na apólice e no certificado individual.

5.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do óbito do titular ou do seu cônjuge, conforme o caso, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

5.3. A indenização corresponderá ao Capital Segurado, independentemente de gestação múltipla.

6. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

6.1. A ocorrência de morte do titular e/ou do seu cônjuge nos termos do item 1 desta cobertura garante o pagamento do Capital Segurado, sendo:

Morte de:	Beneficiário:
Titular não gestante	Cônjuge gestante
Titular gestante	Cônjuge ou responsável legal do recém-nascido
Cônjuge dependente gestante	Titular responsável legal pelo recém-nascido
Comoriência do Titular e do cônjuge	Responsável legal do recém-nascido

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Todos os documentos descritos para a cobertura de Morte – M ou Morte Acidental - MA referentes ao titular ou cônjuge falecido;
- b) Formulário original de Aviso de Sinistro;
- c) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente do Beneficiário, devidamente preenchido e assinado pelo responsável legal;
- d) Cópia simples do RG e CPF do responsável legal;
- e) Cópia simples do comprovante de endereço do responsável legal;
- f) Cópia simples da Certidão de Nascimento do nascituro do objeto desta garantia, cuja paternidade ou maternidade pelo Segurado titular seja registrada, ou, em caso de falecimento do cônjuge não gestante, exame que comprove o período gestacional do cônjuge sobrevivente;
- g) Cópia simples da certidão de casamento ou registro de união estável;
- h) Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda da criança.

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

8. RATIFICAÇÃO

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