



CONDIÇÕES CONTRATUAIS

SEGURO DE VIDA COLETIVO



Sumário

1	- Disposições Preliminares	4
2	- Definições	4
3	- Objetivo do Seguro	8
4	- Âmbito Geográfico das Coberturas	8
5	- Coberturas	8
6	- Riscos Excluídos	9
7	- Aceitação	10
8	- Vigência	12
9	- Renovação	13
10	- Carência e Franquia	13
11	- Capital Segurado	14
12	- Pagamento de Prêmios	14
13	- Procedimentos em Caso de Sinistro	16
14	- Perda de Direito	24
15	- Atualização das Obrigações Pecuniárias	25
16	- Aplicabilidade de Mora	26
17	- Cancelamento do Seguro	27
18	- Beneficiários	27
19	- Estipulante	28
20	- Seguráveis	29
21	- Prescrição	30
22	- Foro	30
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	33
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA - IFPD	42
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ILPD	50
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	55
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL PERDA DE CERTIFICAÇÃO DE HABILITAÇÃO DE VÔO	59
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS	66
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DITA 68	
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - DITAD	71
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL PERDA DE EMPREGO – Desemprego Involuntário – PE-DI	74
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - ILPTA	77



CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR – INCLUSÃO DE CÔNJUGE	81
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR – INCLUSÃO DE FILHOS.....	83
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CLÁUSULA ADICIONAL – EXCEDENTE TÉCNICO	85

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO – VIDA - COLETIVO

1 - Disposições Preliminares

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

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

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

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

1.5 O Segurado, Estipulante e Subestipulante, ao assinarem as propostas, declaram tacitamente que tomaram conhecimento das Condições Contratuais deste seguro.

1.6 Estas Condições Gerais e as demais Condições Contratuais ficam à disposição do proponente individual, através do Estipulante, para conhecimento antes da assinatura da proposta de adesão individual, sendo que a assinatura da Proposta de Adesão configura conhecimento e aceitação de seu teor.

1.7 Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, Estipulante ou aos Beneficiários.

1.8 As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

2 - Definições

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

Agravação de Risco: a ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo Estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

Assistido: beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda;

Aviso de sinistro: é a obrigatória e formal comunicação à Seguradora da ocorrência de evento caracterizado durante a vigência da Apólice de seguro e coberto pelas suas Condições Contratuais, observados os prazos-limite previstos no Código Civil Brasileiro sobre a matéria.

Beneficiário(s): pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Capital Segurado: é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. **Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.**

Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Carregamento: importância destinada a atender as despesas administrativas e de comercialização.

Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio;

Coberturas de Risco: coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e quando couber, do Estipulante.

Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante/subestipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações das partes.

Corretor de Seguros: profissional legalmente habilitado e autorizado a angariar seguros e representar o Segurado nos Contratos de Seguros.

Custeio do Seguro: não contributivo – Em que os segurados não pagam o prêmio do seguro; ou, contributivo – Em que os Segurados pagam o prêmio do seguro, de forma total ou parcialmente.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: documento formal integrante da Proposta de Adesão em que o proponente ou segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação do seguro.

Documentos Contratuais: a apólice, o certificado individual (nas apólices coletivas), e o endosso.

Doença: é o processo mórbido, definido pela perda ou perturbação da saúde de um indivíduo, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que o leva a tratamento médico, internação ou afastamento do trabalho.

Doenças ou Lesões Preexistentes: doença acometida e de conhecimento do Segurado em momento anterior à contratação do seguro e não declarada na Proposta de Adesão.

Download: ato de transferir (baixar) um ou mais arquivos de um servidor remoto para um computador local. É um procedimento muito comum e necessário quando o objetivo é obter dados disponibilizados na internet. Os arquivos para download podem ser textos, imagens, vídeos, programas entre outros.

Endosso/aditivo: documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

Evento coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do beneficiário do seguro.

Estipulante/Subestipulante: é a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice coletiva, em determinado período

Franquia: é o período não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

Início de Vigência: é a data a partir da qual as Coberturas de Risco propostas serão garantidas

pela Seguradora.

Grupo Segurado é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceites e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

Grupo Segurável é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante;

Indenização: é o valor a ser pago pela Seguradora caso ocorra o sinistro durante a vigência do seguro. O valor da indenização será sempre limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada que deu origem ao sinistro.

Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano, protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

Parâmetros Técnicos: a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

Prescrição: é a perda de direito de ação para reclamar as obrigações previstas no Contrato, em razão do transcurso dos prazos fixados pela Lei.

Proponente: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais;

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais;

Regime Financeiro de Repartição Simples: é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados nesse mesmo período.

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

Risco coberto: é o risco previsto no Plano de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

Riscos excluídos: são aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. Quando houve a contratação da cobertura de Cônjuge e Filhos, estes serão considerados como sendo Segurados Dependentes.

Seguradora: é a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos no contrato.

Seguro: contrato pelo qual a Seguradora, mediante a cobrança de Prêmio, se compromete a pagar ao Segurado ou o Beneficiário o Capital Segurado, pela ocorrência do evento coberto pela Apólice;

Sinistro: ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixado em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro. A cobertura individual é o período de validade das coberturas contratadas, para cada Segurado.

3 - Objetivo do Seguro

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado ou ao beneficiário pela ocorrência dos riscos especificados como cobertos, de acordo com as coberturas e limites dos Capitais Segurados contratados e especificados na apólice, nos termos destas Condições Gerais e das demais Condições Contratuais.

4 - Âmbito Geográfico das Coberturas

4.1 Este seguro abrange os eventos cobertos, pelas coberturas contratadas, ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5 - Coberturas

5.1 Consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas abaixo, desde que tenham sido efetivamente contratadas e ratificadas na Apólice.

5.2 As coberturas se dividem em Básica, Adicionais e Suplementares, sendo a cobertura básica de contratação obrigatória e as Coberturas Adicionais e Suplementares de contratação opcional, mediante o pagamento de prêmio:

5.2.1 Cobertura Básica:

- a) Morte

5.2.2 Coberturas Adicionais:

- a) Morte Acidental;
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- c) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- d) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença;
- e) Diárias por Internação Hospitalar;
- f) Perda de Certificado de Habilitação de Voo;
- g) Indenização Especial de Filhos Póstumos;
- h) Diária de Incapacidade Temporária por Acidente;
- i) Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou por Doença;
- j) Perda de Emprego – Desemprego Involuntário;
- k) Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente.

5.2.3 Coberturas Suplementares:

- a) Inclusão de Cônjuge;
- b) Inclusão de Filhos.

5.2.3.1 Os capitais contratados para o Segurado Dependente, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao capital do Segurado Principal.

5.3 Cláusula de Excedente Técnico

6 - Riscos Excluídos

6.1 Está excluída das coberturas do presente seguro, observado a definição de Acidentes Pessoais, quando for o caso, os eventos decorrentes, direta ou indiretamente de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa, ou da exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-**

- se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;
- c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, excluída desta hipótese a prática de esportes, a utilização de meio de transporte mais arriscado e atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - d) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme artigo 762 do código civil;
 - e) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes, no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas;
 - f) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - g) lesão intencionalmente auto infligida;
 - h) suicídio ou sua tentativa, nos dois primeiros anos de vigência inicial do Contrato, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme artigo 798 do código civil;
 - i) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - j) condução de qualquer tipo de veículo sem a devida habilitação pelo Segurado ou em não conformidade com a legislação vigente;
 - k) 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, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo
 - l) Doenças pré-existentes à contratação do seguro, isto é, Doenças de conhecimento do Segurado e não citadas na declaração pessoal de saúde e atividade;
 - m) epidemias e pandemias, reconhecidas pelo poder público, Excetuada sua ocorrência como resultado direto de Acidente Pessoal e observadas as coberturas contratadas, conforme definido nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais, estão também expressamente excluídos da garantia deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:
 - m1) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, em especial a hérnia discal, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
 - m2) gravidez, parto, aborto provocado ou não e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
 - m3) choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto.

7 - Aceitação

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

7.2 A celebração, alteração, bem como a renovação não automática do presente seguro, somente poderá ser feita mediante proposta de adesão assinada pelo Proponente, seu Representante Legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo Corretor

de Seguros. Cabe à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.

7.3 A proposta de adesão deve ser preenchida sem rasuras, e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais.

7.3.1 A critério da Seguradora, poderá ser exigida a Declaração Pessoal de Saúde (DPS) do proponente, quando da contratação ou da adesão ao seguro.

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

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

7.4.2 Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 7.4.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 7.4 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

7.5 A Seguradora comunicará ao Proponente, por escrito, a aceitação ou não da Proposta de Seguro, especificando o motivo da recusa, quando for o caso. A emissão e o envio da apólice dentro do prazo acima substituem a manifestação expressa de aceitação da proposta pela Seguradora.

7.6 A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre, devendo constar na proposta o critério de aceitação:

- I - a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
- II - a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
- III - a data de término do prazo previsto no item 7.4. acima, quando caracterizada a aceitação tácita da proposta, conforme especificado no item 7.4 desta cláusula.

7.7 A cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta somente será admitida em caso de oferecimento de cobertura provisória ao Proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo Proponente na proposta.

7.8 No caso de aceitação da proposta, a Seguradora poderá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência, desde que haja tal previsão nos documentos contratuais.

7.9 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido cobertura provisória, a restituição será realizada no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.9.1 Se a restituição for feita posteriormente ao prazo máximo estabelecido no item 7.9 acima, a restituição estará sujeita à atualização e juros de mora, conforme estabelecido na Cláusulas 15 e 16 “Atualização das Obrigações Pecuniárias” e “Aplicabilidade de Mora”.

7.10 A Seguradora emitirá e enviará a apólice, e o certificado individual, no início do seguro e em cada renovação da apólice. Em caso de utilização de meios remotos na emissão de documentos contratuais, será garantido a possibilidade de impressão ou download do documento pelo cliente.

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

7.12 Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo estipulante/segurado, ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância de ambas as partes contratantes.

7.13 Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

7.14 Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições gerais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

8 - Vigência

8.1 As apólices, aditivos e endossos terão seu início e término de vigência às 24(vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

8.1.1 Quando o Prêmio for pago através de desconto em folha, o Risco individual terá início às 24:00 (vinte e quatro) horas do último dia do mês em que ocorrer o desconto, ainda que por qualquer motivo, os salários não sejam pagos naquela data.

8.1.2 O prazo de vigência da apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido no Contrato.

8.2 Término de Vigência da Cobertura Individual

A cobertura de cada segurado cessará:

- a) No final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, dando-se a caducidade do seguro e ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade;
- b) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, respeitado em qualquer caso, o período de vigência correspondente ao Prêmio pago;
- c) Quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando o mesmo deixar de contribuir com sua parte do Prêmio;
- d) Se o Segurado, os Prepostos ou os Beneficiários agirem com dolo, fraude ou culpa grave na contratação do seguro, ou ainda para obter vantagem com a ocorrência do Sinistro;
- e) No caso do item “b” o Segurado poderá continuar coberto pela Apólice, caso queira assumir o custo total do seguro, desde que haja concordância da Seguradora;
- f) Nos seguros contributários, se a inadimplência de quaisquer Segurados individuais atingirem a 03 (três) parcelas, consecutivas ou não.

9 - Renovação

9.1 A Seguradora poderá efetuar a renovação automática, uma única vez, por igual período ao da primeira contratação, **salvo se o Estipulante/Subestipulante, ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.**

9.2 As renovações posteriores à eventual renovação automática da apólice, poderão ser efetuadas por meio de concordância expressa do Estipulante/Subestipulante.

9.2.1 Nos seguros com contratação na forma de custeio contributivo, tanto na renovação ou alteração contratual, que implique ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

9.3 Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora e o Estipulante/subestipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

10 - Carência e Franquia

10.1 **Carência: Em caso de período de carência estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, este, será definido nas Condições Especiais e estarão expressas na Apólice/Certificado Individual.**

10.1.1 **Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não será aplicável prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a dois anos ininterruptos.**

10.1.2 A critério da Seguradora, a Carência poderá ser reduzida ou substituída por declaração pessoal de saúde ou de atividade e/ou exame médico.

10.1.3 O prazo de Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não excederá à metade do prazo de vigência previsto para a vigência do seguro, respeitado o limite de dois anos, contados da data de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Em caso de renovação do seguro, não será iniciado novo prazo de Carência.

10.2 Em caso de período de franquia estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, esta, será definido nas Condições Especiais e estarão expressas na Apólice/Certificado Individual.

10.2.1 A cobertura será devida a partir do primeiro dia após cumprido o período de Franquia do seguro, observado o limite contratual máximo de capital segurado por evento fixado nas condições do seguro.

11 - Capital Segurado

11.1 O Capital Segurado, por cobertura, será indicado na apólice e nos Certificados Individuais e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora em caso de sinistro coberto.

11.2 Quando os capitais segurados não forem comuns para todos os Segurados, a escala será determinada em função de fatores objetivos comprováveis tais como: salário, função, estado civil, número de dependentes, ou outros a determinar.

11.2.1 O capital máximo individual para esse seguro estará determinado na apólice.

11.3 Nos seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da American Life do valor do Capital Segurado contratado, sem a devida solicitação expressa do Segurado.

11.4 A data do evento a ser considerada para determinação do Capital Segurado vigente na data do sinistro está estabelecida nas Condições Especiais das respectivas coberturas contratadas.

11.5 No caso de indenização de um sinistro de invalidez parcial por acidente o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada Sinistro.

12 - Pagamento de Prêmios

12.1 O prêmio deste seguro poderá ser pago anualmente, mensalmente ou de acordo com outra periodicidade escolhida para pagamento, especificada na apólice do seguro.

12.2 Para fins do seguro e de acordo com a declaração constante do contrato, o custeio do prêmio poderá ser Contributário, onde os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente, ou Não Contributário, onde o Estipulante/Subestipulante paga totalmente o prêmio do seguro.

12.3 É da responsabilidade do Estipulante a quitação, nos prazos contratuais, das respectivas parcelas emitidas pela Seguradora.

12.4 Os prêmios emitidos possuem vigência de acordo com a periodicidade do pagamento escolhido.

12.5 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar o cancelamento da apólice 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. A Seguradora ficará responsável pelo pagamento de indenizações devidas até o cancelamento da apólice, sem prejuízo da responsabilidade do Estipulante pelo não repasse dos prêmios.

12.6 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido, caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado para cobrança do prêmio o valor do prêmio de cada Segurado.

12.7 É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

12.8 Quando a data limite para pagamento do prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente.

12.9 A falta de pagamento da primeira parcela, implicará no cancelamento do seguro, mediante comunicação expressa da seguradora.

12.10 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, pelo Estipulante, nos prazos estabelecidos contratualmente, acarretará o cancelamento do seguro, conforme disposto no item 12.11 destas Condições Gerais, e na hipótese de sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos Prêmios recolhidos junto aos Segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais. A Seguradora ficará responsável pelo pagamento de indenizações devidas até o cancelamento da apólice, sem prejuízo da responsabilidade do Estipulante pelo não repasse dos prêmios.

12.11 Atraso nos pagamentos das demais parcelas do seguro

12.11.1 A falta de pagamento das demais parcelas do seguro, na data do seu vencimento, seja o Seguro contributário ou não contributário, acarretará na imediata e automática suspensão do seguro e de suas coberturas, independentemente de qualquer notificação ou ato formal de

constituição em mora, não respondendo a Seguradora pela responsabilidade de pagamento do capital contratado para eventos ocorridos durante esse período de suspensão.

12.11.2 Ocorrendo a hipótese de suspensão de cobertura sem cancelamento da Apólice, será vedada a cobrança de Prêmio em atraso.

12.11.3 Na hipótese de ser admitida a reabilitação da Apólice ou do Certificado Individual, ao exclusivo juízo da Seguradora, a cobertura securitária reiniciar-se-á às 24:00 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do Prêmio e, na hipótese de seguros com Prêmios postecipados, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

12.11.4 Decorridos 3 (três) parcelas em atraso, consecutivas ou não, a seguradora notificará o estipulante do cancelamento do seguro. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos previstos no item 12.11.1, sujeitará o Estipulante, ainda, às cominações legais.

12.12 Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, exceto nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento do valor devido em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado por escrito.

12.12.1 Quando houver previsão de pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, na 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.

13 - Procedimentos em Caso de Sinistro

13.1 Ocorrendo evento coberto pelo seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Estipulante/Subestipulante, pelo Segurado ou beneficiários do Segurado, quando for o caso, logo que o saibam, devendo constar da comunicação a data, hora, local e causa do evento, observado as disposições apresentadas nesta cláusula.

13.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, quando da liquidação de sinistros:

- a) para cobertura de Morte, a data do óbito;
- b) em se tratando de acidente, será considerada a data de ocorrência do mesmo;
- c) para a cobertura de Risco por invalidez, não consequente de acidente, a data indicada na declaração médica;
- d) para a cobertura de Internação Hospitalar, será considerada a data da internação

- e) Para a cobertura de Perda de Certificação de Habilitação de vôo, será considerada a data do acidente, quando decorrente de acidente ou a data indicada na declaração médica, quando decorrente de doença.

13.3 Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

13.4 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta do segurado ou dos beneficiários do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora e as eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, sendo estas totalmente de responsabilidade da Seguradora.

13.5 O pagamento do Capital Segurado será efetuado, de uma única vez, salvo disposição em contrário, especificada na apólice, ao próprio segurado, ou beneficiário, quando for o caso, em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos relacionados abaixo e os eventualmente constantes nas condições especiais da cobertura contratada causadora do evento que gerou o sinistro, observado ainda os itens 13.7, 13.7.1, destas Condições Gerais:

13.5.1 Cobertura de Morte

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Estipulante e/ou Beneficiários e médico-assistente do Segurado, mediante carimbo e CRM;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) Cópia simples da Certidão de Nascimento ou Casamento do falecido, com comprovação de união estável quando se tratar de companheira(o);
- d) Cópia simples do RG e CPF do Segurado;
- e) Declaração com firma reconhecida em cartório de três pessoas idôneas, informando sob as penas da lei, quantos e quais são os filhos deixados pelo Segurado, qualificando-os: nome completo, nacionalidade, naturalidade, ou;
- f) Declaração do INSS ou IR informando (se for o caso) quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social;
- g) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento e/ou Casamento bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF;
- h) No caso de Beneficiários menores de idade incapazes, apresentação do Termo de Tutela, de Curatela ou Alvará Judicial, bem como documento de identificação do responsável juntamente com comprovante de residência;
- i) Formulário do registro de informações cadastrais pessoa física, conforme dispõe a Circular SUSEP nº 612/2020;
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s), para o caso de eventual pagamento de indenização.

13.5.2 Cobertura de Morte Acidental

Além da documentação especificada para o item Morte, as seguintes:

- a) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- b) Cópia simples do Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
- c) Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo;
- d) Cópia simples do prontuário ou ficha médica hospitalar do atendimento emergencial ou de urgência.

13.5.3 Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo Estipulante, Segurado e médico-assistente;
- b) Cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- c) Cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso;
- d) Atestado de Alta Médica definitiva;
- e) Resultado de todos os exames realizados na pessoa do Segurado;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo.

13.5.4 Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

- a) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico-assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar a Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante, sendo que:
- b) do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro);
- c) da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do alcance de um estágio de Doença que se configure em quadro clínico incapacitante definido na Cláusula Adicional de Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença - IFPD;
- d) Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de Endereço de Residência do Segurado;
- e) Relatório do médico-assistente do Segurado: - indicando o início da Doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- f) 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;

- g) Documentos médicos 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, nas condições previstas no item anterior;
- h) o Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

13.5.5 Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença

- a) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico-assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar a American Life suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante, sendo que:
- b) do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro);
- c) da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do alcance de um estágio de Doença que se configure em quadro clínico incapacitante definido na Cláusula Adicional de Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença - IFPD - ILPD;
- d) Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de Endereço de Residência do Segurado;
- e) Relatório do médico-assistente do Segurado: - indicando o início da Doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- f) 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;
- g) Documentos médicos 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, nas condições previstas no item anterior;
- h) O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

13.5.6 Cobertura de Perda de Certificado de Habilitação de Voo

- a) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico-assistente e pelo Segurado;
- b) Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- c) Registros e anotações regulares das autoridades competentes, relativos à perda da validade da CHT - Carteira de Habilitação Técnica de voo, obtidas e remetidas à Seguradora sob as custas do próprio Segurado;
- d) Submeter-se aos exames médicos que a Seguradora exigir para a verificação da incapacidade, nas instituições médicas por ela indicadas; esses exames serão feitos por conta da Seguradora;

- e) Dar autorização expressa à Seguradora, quando isso se tornar necessário, para obter, em seu nome, parecer das autoridades médicas competentes que o hajam examinado e julgado incapaz para voar;
- f) Quando da liberação para retorno ao voo, por parte do órgão competente, o Segurado deverá dar imediato conhecimento ao Estipulante e à Seguradora;
- g) Declaração da empresa detalhando salário fixo (se for o caso);
- h) o Segurado, seu beneficiário ou estipulante são obrigados a comunicar a Seguradora, tão logo o saiba, com solicitação de confirmação de recebimento, telegrama ou carta, informando o início de processo administrativo junto ao A.N.A.C. – Agência Nacional de Aviação Civil, relatando eventuais motivos da perda da validade da CHT - Carteira de Habilitação Técnica de voo, de forma temporária ou definitiva, declarando suas causas e as consequências conhecidas.

13.5.7 Cobertura de Diárias por Internação Hospitalar

- a) Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico-assistente e pelo Segurado, no qual deverá ser comunicado à Seguradora as condições de saúde, retratando o os motivos e quantidade de dias relativas à internação hospitalar; - Declaração do Médico Assistente, caracterizando diagnóstico presumível e os procedimentos realizados;
- b) Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- c) Cópia simples do CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso;
- d) Atestado de Alta Médica definitiva;
- e) Resultado de todos os exames realizados na pessoa do Segurado;
- f) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- g) Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo;
- h) Remeter à Seguradora as notas fiscais e/ou documentos comprobatórios para fins legais, que comprovem a quantidade de diárias por internação reclamada.

13.5.8 Cobertura Filho Póstumo – Conforme especificado nas Condições Especiais

13.5.9 Cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente

- a) Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- c) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- d) Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável

- e com indicação de CRM;
- f) Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- g) Documentos de identificação do segurado e comprovante de endereço;
- h) cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar; e
- i) exames médicos que estejam relacionados com o evento.

13.5.10 Cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente

- a) Formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado(s);
- b) Exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia;
- c) Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento.
- d) Laudo do primeiro atendimento médico com a descrição detalhada das lesões/sintomas apresentados e procedimentos realizados;
- e) Cópia ou original de exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária;
- f) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- g) Carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do acidente envolver veículo dirigido pelo segurado;
- h) Cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- i) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- j) Comprovante dos últimos 3 (três) meses do pagamento INSS comprovando atividade desempenhada, ou a inscrição na entidade correspondente com o último comprovante de pagamento da contribuição fiscal do antes do pagamento reivindicação trabalhadores por conta própria, ou, ainda, as demonstrações contábeis certificadas pelo contador legal designado;
- k) cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- l) Atestado de alta médica definitiva;
- m) Documentos de identificação do segurado e comprovante de endereço;
- n) exames médicos que estejam relacionados com o evento.

13.5.11 Cobertura de Perda de Emprego

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- c) Cópia do Termo de Rescisão Contratual, devidamente homologado pelo sindicato ou por outro órgão competente;
- d) Folha autenticada da rescisão do contrato de trabalho;
- e) Cópia autenticada da carteira de trabalho devidamente atualizada (carimbo + CNPJ da empresa empregadora + assinatura + data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego;
- f) Comprovante do recebimento das parcelas do seguro-desemprego, garantido pela Previdência Social;
- g) Cópia do comprovante de residência do Segurado;
- h) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- i) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

13.5.12 Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente por Acidente

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Declaração Médica indicando a data da Invalidez Laboral Permanente e Total por acidente (data do sinistro), detalhando as causas do evento, data, tratamento realizado e grau de invalidez;
- c) Exames e radiografias;
- d) Documentos de identificação do segurado e comprovante de endereço;
- e) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez;
- f) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- g) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- i) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- j) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- k) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e o mês de ocorrência do sinistro;
- l) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado

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

13.7 A Seguradora poderá, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

13.7.1 Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 13.5 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente a data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

13.8 Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 13.5, a Seguradora pagará o valor da indenização devida, acrescido de:

- juros de mora nos termos da legislação específica, conforme Cláusula 16 – “Aplicabilidade de mora”, contados a partir do término do prazo previsto no item 13.5 destas Condições Gerais;
- atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação e Multa nos termos da legislação específica, conforme Cláusula 16 – “Aplicabilidade de mora”,

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

13.10 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto no item 13.5 acima.

13.11 Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.

13.12 Eventuais divergências de natureza médica serão dirimidas por 02 (dois) médicos, sendo um nomeado pelo Segurado/Beneficiário e outro pela Seguradora. Caso haja necessidade, será nomeado um terceiro médico, desempatador, escolhido por comum acordo. Cada uma das partes pagará os honorários e exames requeridos pelos médicos que tiverem designado. O médico desempatador será pago pelo Segurado/Beneficiário e pela Seguradora em partes iguais.

13.13 Junta Médica

13.13.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões

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

13.13.2 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.

13.13.3 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.

13.14 Fica vedada a negativa do pagamento da indenização ou qualquer tipo de penalidade ao segurado quando relacionada a perguntas que utilizem critério subjetivo para a resposta ou que possuam múltipla interpretação.

14 - Perda de Direito

14.1 A Seguradora ficará isenta de obrigações decorrentes deste seguro se o Segurado ou seu Representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, estando o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II – Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III– Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

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

14.2.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

15 - Atualização das Obrigações Pecuniárias

15.1 Os valores devidos a título de pagamento de capital segurado ou de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento. Havendo a extinção do índice mencionado, será utilizado aquele que o substitua, estabelecido pelas autoridades competentes.

15.2 Os valores das obrigações pecuniárias não contempladas nos subitens precedentes desta Cláusula, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária.

15.3 Para efeito do disposto no item 15.2, considera-se como data de exigibilidade, no caso de recusa de proposta pela Seguradora, a data da formalização da recusa.

15.4 A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

15.5 Recalculo do Prêmio e Atualização de Valores na Renovação

15.5.1 Ao final de cada ano de vigência da Apólice, para a análise das condições de renovação do seguro, será procedido um recálculo dos Prêmios de modo a incorporar as flutuações de sinistralidade e de idade do Grupo Segurado atualizado à experiência atuarial do seguro;

15.5.2 Com base no resultado apurado nesse recálculo anual, se houver necessidade de reajuste da(s) taxa(s) praticada(s) para a renovação da Apólice, o(s) novo(s) Prêmio(s) integrará(ão) o Contrato de seguro a partir da renovação do seguro ou o mês seguinte àquele

em que se der a comunicação formal ao Estipulante, caso esta ocorra, após a data de início de vigência da renovação do seguro.

15.5.3 Os capitais segurados e os Prêmios relativos a este Contrato de seguro poderão ser corrigidos anualmente, por ocasião da renovação do Seguro, tomando-se por base a variação positiva acumulada do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores ao que antecede o reajuste. Havendo a extinção do índice mencionado, será utilizado aquele que o substitua, estabelecido pelas autoridades competentes.

15.5.4 O reajuste do Capital Segurado dos aposentados e dos Segurados afastados será feito na mesma proporção do reajuste para os Segurados ativos, desde que o critério de reajuste seja adotado para todos os segurados ativos.

15.5.5 Nos casos de aumento do Capital Segurado, e sendo contributivo o seguro, caberá ao Estipulante solicitá-lo à seguradora, por escrito, desde que possua autorização de no mínimo 3/4 (três quartos) dos Segurados;

15.5.6 Será admitido mandado outorgado pelo Segurado para que o Estipulante o represente perante a seguradora.

15.5.7 Na hipótese de os capitais segurados serem pagos sob a forma de renda, serão a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, acrescidos do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda

15.5.8 Nos seguros contratados na forma de custeio contributivo, se a alteração implicar em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

16 - Aplicabilidade de Mora

16.1 A Seguradora pagará, nos termos da legislação específica, multa e juros de mora, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pelo índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

16.2 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores determinados pelo presente seguro a que se referir a penalidade.

17 - Cancelamento do Seguro

17.1 Este seguro será rescindido ou cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, por falta de pagamento do prêmio ou descumprimento de quaisquer outras obrigações previstas nas Condições Gerais e/ou nos termos da Cláusula 14 – “Perda de Direito”, destas Condições Gerais.

17.2 A rescisão contratual, total ou parcial, poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, com a concordância recíproca e nos seguros contributários, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado. Neste caso, a Seguradora poderá reter, do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

17.3 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

17.4 Este seguro poderá ser cancelado ainda nos seguintes casos:

- a) decorrido o prazo de vigência do seguro, sem que este haja sido renovado.
- b) simultânea e obrigatoriamente na data do cancelamento do seguro.
- c) automaticamente, com a exclusão do Segurado.
- d) Com o pagamento da indenização decorrente da morte do segurado.
- e) Com a perda de vínculo entre o estipulante e o segurado.
- f) Por falta de pagamento do prêmio do seguro.

18 - Beneficiários

18.1 Para as coberturas de Morte e Morte Acidental, o Segurado deverá indicar na Proposta de Adesão, pessoa(s) perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) será pago o Capital Segurado, na eventualidade da ocorrência de evento coberto.

18.2 A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) Beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolizada na Seguradora.

18.3 Não sendo instituído o Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer(em) o que for designado(s), o Capital Segurado será pago aqueles indicados por lei.

18.3.1 Para fins deste seguro, o companheiro(a) é equiparado ao cônjuge para todos os fins e efeitos de direito.

18.3.2 Na falta das pessoas indicadas no item anterior, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à sua subsistência.

18.4 Para as demais coberturas o Beneficiário será o próprio segurado.

19 - Estipulante

19.1 O Estipulante e/ou Subestipulante constarão na apólice, ficando investidos dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora e obrigam-se a:

- a) fornecer à Sociedade Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- d) repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- e) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- f) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- g) comunicar, de imediato, à sociedade 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;
- h) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- i) comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- j) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

19.2 É expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante

- a) cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e
- b) efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

19.3 Sem prejuízo de outras obrigações previstas em regulamentação vigente, as sociedades seguradoras estão obrigadas a:

- a) informar aos segurados a situação de adimplência do estipulante ou subestipulante, sempre que lhe for solicitado;
- b) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse; e
- c) prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

19.4 Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar do certificado individual e da proposta de adesão, o percentual e o valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

19.4.1 Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante/subestipulante ou à sociedade seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro

19.5 A Seguradora informará ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante/Subestipulante sempre que lhe for solicitado.

20 - Seguráveis

20.1 São seguráveis todas as pessoas físicas que apresentem vínculo com o Estipulante, mesmo quando se tratar de empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais do Estipulante de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas.

20.2 Estipulante é a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

20.2.1 O Estipulante não representa o Segurador perante o Grupo Segurado, e é o único responsável para com o Segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

20.2.2 Qualquer modificação da Apólice em vigor, inclusive reavaliação de taxas, que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado, admitido mandato específico.

20.3 A inclusão dos componentes seguráveis Principais e Dependentes será feita por solicitação do Estipulante e se dará de acordo com uma das seguintes condições:

- Automática, quando o seguro abranger todos os componentes;



- Facultativa, quando o seguro abranger somente os componentes Principais que autorizarem a sua inclusão e a de seus Dependentes no seguro.

21 - Prescrição

Decorridos os prazos determinados em lei, opera-se a prescrição para este Plano.

22 - Foro

Fica eleito o Foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, quando for o caso, para dirimir eventuais dúvidas oriundas do presente contrato.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura tem por objetivo, o pagamento do capital segurado contratado, em caso de morte do Segurado decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

1.2. Esta cobertura, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.

3.2. As indenizações decorrentes de morte por acidente pessoal e por invalidez permanente por acidente, não se acumulam.

Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

3.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do óbito do Segurado.

4. CARÊNCIA

Poderá ser estabelecida a carência para causas naturais nesta cobertura, e neste caso, estará expresso na apólice e certificado individual do seguro, não podendo exceder metade do prazo de vigência previsto para o presente seguro, conforme estabelecido no item 10.1.3 da Cláusula 10 – Carência e Franquia das condições gerais.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições

Gerais deste seguro.

6. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

6.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) com a perda de vínculo com o estipulante;
- d) com o pagamento da importância segurada garantida pela presente cláusula.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo, o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do Segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

1.2 Esta cobertura, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.

3.2 As indenizações decorrentes de morte acidental por invalidez permanente por acidente, não se acumulam.

Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

3.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do Acidente que provocou a morte do Segurado.

4. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

5. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

5.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando



sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- e) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- f) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- g) com a perda de vínculo com o estipulante;
- h) com o pagamento da importância segurada garantida pela presente cláusula.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de até o valor do capital segurado contratado em caso de invalidez permanente do Segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, tendo sido constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará a indenização, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela apresentada no item 1.7 abaixo, sendo que eventual grau de invalidez (percentagem relativa à perda ou redução da função de um membro ou órgão) já existente antes de acidente coberto será deduzido do grau de invalidez definitivo, apurado em consequência desse acidente coberto.

1.3. Não ocorrendo a perda por completo das funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela acima para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.

1.4. Nos casos não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

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

1.6. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

1.7. TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL CAUSADA POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	
	Perda total do uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável	
	Nefrectomia Bilateral	
PARCIAL (DIVERSAS)	Perda total da visão de em olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total e incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total e 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
PARCIAL (MEMBROS SUPERIORES)	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos radio-ulnais	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 e 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 (um terço) do valor do respectivo dedo.	---
PARCIAL (MEMBROS INFERIORES)	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés (perda de todos os dedos e uma parte do mesmo pé)	25
	Amputação do primeiro dedo - polegar	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do primeiro dedo: Indenização equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	---
	Encurtamento de um dos membros inferiores: • de 5 (cinco) centímetros ou mais • de 4 (quatro) centímetros • de 3 (três) centímetros • menos de 3 (três) centímetros	15 10 06 Sem Indenização
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
MANDÍBULA	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	Em grau mínimo	10 20
	Em grau médio	30

	Em grau máximo	
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 FONACÃO	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
	- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	Perda total de uma orelha	08
	Perda total das duas orelhas	16
ANQUILOSES	Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	-
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS MEMBROS	A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	-
	Perda do Baço	15
APARELHO URINÁRIO	Retenção Crônica de Urina (Sondagens Obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência Urinária Permanente	30
	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
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um Ovário	05
	Perda de dois Ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	Hérnia traumática	10
	No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática	sem indenização
SINDROMES 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
TORAX	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	70	

funcional em grau máximo	
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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se todos os termos da Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais deste seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao próprio segurador em caso de sinistro coberto.

3.2 As indenizações decorrentes de morte por acidente pessoal e por invalidez permanente por acidente, não se acumulam.

Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do Capital Segurado por morte e a Seguradora indenizará a diferença, se houver.

3.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do Acidente que provocou a invalidez permanente do Segurado.

3.4 A reintegração do Capital Segurado referente a esta cobertura, no caso de invalidez parcial, é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

4. JUNTA MÉDICA

4.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da

contestação, a constituição de junta médica.

4.2 A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

4.3 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.

4.4 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.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

6. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

6.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) com a perda de vínculo com o estipulante.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA - IFPD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir ao segurado, desde que o requeira, o pagamento antecipado do capital Segurado contratada para a cobertura de morte, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total decorrente de Doença que cause a perda da existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 2.1 - Riscos Cobertos, exceto se decorrente do item 3 - Riscos Excluídos, ambos pertencentes a esta cláusula, ocorrido durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

1.2 A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de Doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistros, das Condições Gerais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1 Consideram-se como Riscos Cobertos as ocorrências comprovadas, segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de Doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao 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) Deficiências visuais, decorrentes 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, 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.

2.2 Demais Riscos Cobertos

2.2.1 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, descrito no item 8 (oito) desta cláusula Adicional, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O IAIF é composto por dois documentos: - O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

2.2.2 O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

2.2.3 Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

2.2.4 O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

2.3 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 e Total por Doença. A Seguradora reserva-se o 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais, consideram-se também como excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indireta, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;
- b) a invalidez laborativa permanente total por Doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;
- c) os quadros clínicos decorrentes de Doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- d) as Doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;
- e) as Doenças agravadas por traumatismos;
- f) as Doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;
- g) os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
- h) toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item dos Riscos cobertos.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado ou ao(s) Beneficiário(s) em caso de sinistro coberto.

4.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data 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 em qualquer tempo.

4.3 Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado poderá ser realizado sob a forma de pagamento único.

5. JUNTA MÉDICA

5.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

5.2 A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

5.3 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.

5.4 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.

6. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1 Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura de Morte, seu pagamento integral extingue, imediata e automaticamente a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro.

7.2 Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

7.3 Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Contrato, sem qualquer devolução de Prêmios.

8. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

8.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) com a perda de vínculo com o estipulante;
- d) com o pagamento da importância segurada garantida pela presente cláusula.

9. GLOSSÁRIO MÉDICO PARA OS TERMOS RELACIONADOS À COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

- a) Agravo Mórbido – Piora de uma Doença.
- b) Alienação Mental - Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes,

- objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- c) Aparelho Locomotor – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
 - d) Atividade Laborativa – Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
 - e) Auxílio - A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
 - f) Ato Médico – Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
 - g) Cardiopatia Grave – Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
 - h) Cognição – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
 - i) Conectividade com a Vida – Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
 - j) Consumpção – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por Doença.
 - k) Dados Antropométricos – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
 - l) Deambular – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
 - m) Declaração Médica - Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
 - n) Deficiência Visual – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
 - o) Disfunção Imunológica – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de Doença.
 - p) Doença Crônica - Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
 - q) Doença Crônica em Atividade – Doença crônica que se mantém ativa, apesar do tratamento.
 - r) Doença Crônica de Caráter Progressivo – Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
 - s) Doença do Trabalho - Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
 - t) Doença em Estágio Terminal - Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
 - u) Doença Neoplásica Maligna Ativa - Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

- v) Doença Profissional – Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- w) Estados Conexos – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- x) Etiologia - Causa de cada Doença.
- y) Fatores de Risco e Morbidade – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma Doença, ou que com ela interage.
- z) Hígido – Saudável.
- aa) Médico Assistente – Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- bb) Prognóstico – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma Doença.
- cc) Quadro Clínico – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- dd) Recidiva – Reaparecimento de uma Doença algum tempo depois de um acometimento.
- ee) Refratariedade Terapêutica – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- ff) Relações Existenciais – Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- gg) Sentido de Orientação – Faculdade do Segurado se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- hh) Sequela – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma Doença.
- ii) Transferência Corporal – Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	00

	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAS DO SEGURADO	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20

ATRIBUTOS		ESCALAS	PONTOS	
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU:	O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00	
	2º GRAU:			10
	3º GRAU:			
	O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).			
	O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.			

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E/OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E/OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E/OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E/OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ILPD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado contratado ao segurado em caso de ocorrência de evento que caracterize a invalidez laborativa permanente total, conseqüente de Doença para o exercício da atividade laborativa principal do Segurado, observada a proibição do oferecimento de cobertura em que o pagamento do Capital Segurado, em caso de Sinistro coberto, seja condicionado à impossibilidade do exercício, pelo Segurado, de toda e qualquer atividade laborativa, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais.

1.2 É considerada Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado, entendida esta como aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas Condições Contratuais.

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. RISCOS COBERTOS

2.1 Consideram-se como cobertas as ocorrências comprovadas, segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes para o exercício da atividade laboral principal do Segurado, provenientes exclusivamente de Doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao 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) Deficiências visuais, decorrentes 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) Estados mórbidos, 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

2.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença. A Seguradora reserva-se o 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 grau de incapacidade parcial.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais, consideram-se também como excluídos, a invalidez em consequência:

- a) do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição às radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridas em testes, experiências ou transporte; em armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas ou não, com quaisquer finalidades;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar;
- c) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme artigo 762 do código civil;
- d) de atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes, no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas;
- e) do suicídio ou sua tentativa, nos dois primeiros anos de Vigência inicial do Contrato, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme artigo 798 do código civil;
- f) de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- g) de Doenças pré-existentes à contratação do Seguro, isto é, Doenças de conhecimento do Segurado e não citadas na declaração pessoal de saúde e atividade;

- h) de qualquer tipo de hérnia e suas consequências, em especial a hérnia discal;
- i) de gravidez, parto, aborto provocado ou não e suas consequências;
- j) de choque anafilático e suas consequências.

3.2. Consideram-se também como excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indireta, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;
- b) as Doenças agravadas por traumatismos;
- c) as Doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;
- d) toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item dos Riscos cobertos.

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

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto.

4.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data 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 em qualquer tempo.

4.3 Reconhecida a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o Capital Segurado poderá ser pago 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. Não restando comprovada a invalidez laborativa permanente total por Doença, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais Condições Contratuais, sem qualquer devolução de Prêmios.

5. JUNTA MÉDICA

5.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da

contestação, a constituição de junta médica.

5.2 A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

5.3 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.

5.4 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.

6. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1 Após o pagamento do Capital Segurado ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, se expressamente acordado nas condições do Seguro, o Segurado poderá ser automaticamente excluído da Apólice, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

7.2 No caso de o Segurado não ser excluído da Apólice, se o estado de invalidez laborativa cessar antes do término do pagamento da renda contratada, o valor do Capital Segurado da cobertura será reintegrado.

7.2.1 Neste caso, após o pagamento do Capital Segurado ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme expressamente acordado nas condições do Seguro, o valor do Prêmio deverá ser ajustado de acordo com as coberturas remanescentes, a partir da respectiva data de pagamento do Capital Segurado correspondente.

8. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

8.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

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



- c) com a perda de vínculo com o estipulante;
- d) com o pagamento da importância segurada garantida pela presente cláusula, observado as disposições da presente cobertura.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, até o limite do Capital Segurado contratado, o pagamento de uma importância em dinheiro ao Segurado, principal ou dependente, em caso de hospitalização em decorrência de Doença ou acidente coberto, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais disposições das Condições Contratuais, desde que a idade do segurado Principal ou dependentes estejam compreendidas entre:

- a) Segurado Principal com idade até 64 (sessenta e quatro) anos;
- b) Cônjuge ou companheira com idade até 64 (sessenta e quatro) anos;
- c) Filhos solteiros com idade entre 14 catorze anos e 24 (vinte e quatro) anos, inclusive.

1.2 Para contratar a cláusula de Renda Diária por Internação Hospitalar, o Proponente deverá ter vínculo com o Estipulante e idade até 64 (sessenta e quatro) anos inclusive, estar no pleno exercício de suas atividades profissionais e/ou pessoais equivalentes a uma pessoa de mesma idade e sexo, gozando de boa saúde na data de sua inclusão no plano.

1.3 Ao encaminhar a Proposta de Adesão à Seguradora, o Proponente deverá indicar os Dependentes Segurados, se houver, prestando declaração quanto ao seu estado de saúde e de cada um dos demais participantes.

1.4 A internação hospitalar é caracterizada pela utilização de acomodação de que o Hospital disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

2. RISCOS COBERTOS

2.1 A cobertura de Diárias por Internação Hospitalar garante o pagamento de uma importância em dinheiro proporcional ao período de internação do Segurado, observados o período de Franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nesta cláusula adicional.

2.2 O período de Franquia para esta cobertura Adicional será de até 15 (quinze) dias a contar da data do evento.

2.3 O valor do Capital Segurado será estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo Segurado.

2.4 A garantia deste Seguro fica limitada a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias de internação hospitalar por evento.

2.5 Não será computada para fins de pagamento de Capital Segurado, a internação hospitalar inferior ao período de 24 (vinte e quatro) horas.

2.6 Ocorrendo uma nova internação do Segurado dentro do prazo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias de sua última internação, resultante de uma mesma causa ou diretamente relacionadas com a referida causa, será computado o período da nova internação juntamente com a primeira internação, sendo que a Renda Diária devida não poderá ultrapassar o valor equivalente a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, ou ao número de diárias estabelecido no Contrato e Certificado Individual, se menor.

2.6.1 As novas internações aqui tratadas serão consideradas para efeito do presente Seguro como continuação do mesmo evento.

2.7 O pagamento do valor da diária solicitado referente a cobertura adicional de Renda Diária será pago ao Segurado Principal mediante a apresentação, em até 30 (trinta) dias do recebimento do Aviso do Sinistro, demais documentos comprobatórios da internação e do evento, dos quais constem o nome do Segurado internado, a causa da internação e o período de sua permanência no hospital.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais, consideram-se também como excluídas as internações hospitalares consequentes de:

- a) exames físicos de rotina ou qualquer outro exame sem a ocorrência de abalo na saúde normal do Segurado;**
- b) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle de natalidade, bem como, suas consequências;**
- c) cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de Acidente Pessoal ocorrido na Vigência deste Seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;**
- d) internações em estabelecimentos não considerados como sendo hospitais, tais como:**
 - d.1.- instituições para recuperação de viciados em álcool e drogas;**
 - d.2.- clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;**
 - d.3.- clínicas de convalescença de tratamento médico, do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes pessoais;**
 - d.4.- clínicas para tratamento e obesidade e estética.**

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto.

4.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da internação hospitalar

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

5.1 Além dos procedimentos apresentados na da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro, o segurado deverá apresentar:

- a) preencher e enviar o formulário de comunicação de Aviso de Sinistro;
- b) anexar declaração do Médico Assistente, caracterizando diagnóstico presumível e os procedimentos realizados;
- c) anexar documentos comprobatórios para fins legais, que comprovem a quantidade de diárias por internação reclamada.

6. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

6.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) com a perda de vínculo com o estipulante;
- d) com o pagamento de 100% da importância segurada garantida pela presente cláusula
- e) Na data que o segurado completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

7. PERÍCIA DA SEGURADORA

7.1 A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos que julgar necessário.

7.1.1 O Segurado Principal 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 em zelar pela confidencialidade de tais informações.

7.1.2 Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento do Capital Segurado dando por nulo o respectivo Contrato de Seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e pagamentos de Capital Segurado realizados, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

8. DEFINIÇÕES

8.1 Além das definições constantes da cláusula 2 Definições das condições gerais, para a presente cobertura adicional deve ser consideradas as definições de termos técnicos a seguir:

- a) COBERTURA: a garantia de pagamento de uma importância em dinheiro ao Segurado Principal, em virtude da ocorrência do evento causado unicamente por Acidente ou Doença, nos limites previstos na Proposta e na Apólice de Seguro.
- b) DEPENDENTE SEGURADO: cônjuge ou companheira(o) do Segurado Principal, com idade até 64 (sessenta e quatro) anos inclusive e/ou filhos menores com idade entre 14 (catorze) anos e 24 (vinte e quatro) anos inclusive.
- c) DOENÇA: o processo mórbido que comprometa as condições físicas e de saúde do segurado, e que por si só, torne obrigatória a internação hospitalar para tratamento clínico por período superior a 12 (doze) horas.
- d) EVENTO: período de internação do Segurado em hospital em virtude de Acidente ou Doença. O evento tem início com a comprovação médica da hospitalização e termina com a verificação da alta do Segurado, observados os limites estabelecidos nas Condições Contratuais.
- e) HOSPITAL: é o estabelecimento legalmente constituído e licenciado, no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico e/ou cirúrgico à seus pacientes.
- f) MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins.
- g) RENDA DIÁRIA: corresponde ao valor do Capital Segurado, para cada dia de internação, devida pela Seguradora ao Segurado Principal, conforme definido na proposta e na Apólice de Seguro, em decorrência do evento coberto.
- h) SEGURADO PRINCIPAL: qualquer pessoa física com idade entre 21 (vinte e um) e 64 (sessenta e quatro) anos inclusive que mantém vínculo direto com o Estipulante e contrata o Seguro.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Na hipótese de terem sido aceitas mais de uma proposta de seguro de Diária por Internação Hospitalar pelo mesmo Segurado inscrito, será considerada válida apenas a primeira proposta aceita pela Seguradora;

9.2 Toda e qualquer alteração ao presente Seguro somente será válido se efetuada por escrito, com a concordância da Seguradora e da Estipulante;

9.3 Aplica-se à garantia concedida por esta Cláusula Adicional, todas as disposições contidas nas Condições Gerais da Apólice de Vida em Grupo não modificadas pela presente.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL PERDA DE CERTIFICAÇÃO DE HABILITAÇÃO DE VÔO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, até o limite do Capital Segurado contratado, o pagamento de uma importância em dinheiro ao Segurado, na hipótese de Perda Temporária ou Definitiva do Certificado de Habilitação Técnica de Voo, decorrente de Acidente Pessoal ou Doença, exceto nas hipóteses de se originarem de Riscos excluídos, respeitado o limite do Capital Segurado e as demais disposições das Condições Contratuais.

1.2 Esta cobertura cessará automaticamente quando o Segurado completar 61 (sessenta e um) anos, sem direito a qualquer devolução de Prêmios em função do Risco decorrido.

1.3 Sob pena da perda da cobertura, é vedado o Segurado contratar outros Seguros de Perda de Habilitação Técnica de Voo para garantir os mesmos Riscos cobertos.

2. RISCOS COBERTOS

2.1 A cobertura de P.C.H.V. – Perda de Certificado de Habilitação Técnica de Voo, que se divide em:

- a) Temporária;
- b) Definitiva

2.2 No caso de Perda Temporária do Certificado de Habilitação Técnica de Voo, decorrente de evento coberto, observados os períodos de Franquia e incapacitação, a Seguradora pagará ao próprio Segurado, mensalmente, 1/36 (um trinta e seis avos) da importância segurada, até o máximo de 36 (trinta e seis) meses.

2.3 Se a Perda Temporária do Certificado de Habilitação Técnica de Voo cessar antes de terminado um período mensal completo, o Capital Segurado correspondente será calculado "pro-rata temporis".

2.4 Se a Perda Temporária do Certificado de Habilitação Técnica de Voo transformar-se posteriormente em Perda Definitiva, a Seguradora realizará o pagamento do capital, de uma só vez ao Segurado, da diferença (se houver) entre o total do Capital Segurado, e o valor que já houver sido pago anteriormente, observadas as exclusões previstas na cláusula 3 – Riscos Excluídos, desta cobertura adicional e das condições gerais.

2.4.1. Na hipótese do item anterior, exclusivamente para o mesmo evento, a garantia estará automaticamente extinta com o pagamento da última parcela do Capital Segurado.

2.5 No caso de Perda Definitiva do Certificado de Habilitação Técnica de Voo ocorrida antes de ser efetuado qualquer pagamento por perda temporária, a Seguradora pagará o capital imediatamente após a data da perda definitiva do Certificado de Habilitação Técnica de Voo e

de uma só vez, observadas as exclusões previstas na cláusula 3 – RISCOS EXCLUÍDOS desta cobertura adicional.

2.6 Durante o cumprimento do período de Franquia a que se refere a cláusula 5 desta cobertura Adicional, haverá pagamento do Prêmio por parte do Segurado.

2.7 Em nenhum caso a Seguradora pagará o Capital Segurado por morte do Segurado; se este vier a falecer no decurso da incapacidade temporária, cessando automaticamente, na data de seu falecimento, qualquer pagamento de Capital Segurado que lhe vinha sendo pago.

2.8 Nenhum pagamento por esse seguro poderá ultrapassar o limite do Capital Segurado.

2.8.1. O Capital Segurado será livremente escolhido no momento da adesão ao Seguro, nas seguintes formas de contratação: Capital Uniforme, Livre Escolha ou Múltiplo Salarial.

2.9 A reintegração do Capital Segurado da garantia de perda temporária ocorrerá automaticamente após o pagamento da última parcela do Capital Segurado, somente para eventos que não possuam relação entre si, exceto se a perda temporária se transformar em definitiva, hipótese na qual aplicar-se-á a regra do item 2.4.

2.10 Para a contratação por “Capital Uniforme” ou “Livre Escolha” a importância segurada e respectivos Prêmios, serão atualizadas monetariamente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ou por outro que o venha substituí-lo, conforme for determinado pelas autoridades competentes.

2.11 Para a contratação por Múltiplo Salarial a atualização periódica da importância segurada se fará com base no índice utilizado pelo empregador para fins de reajuste salarial e/ou dissídio coletivo da classe dos aeronautas, observado o limite máximo da importância segurada previsto no contrato de seguro, conforme cláusula 2.8.1, 2.10. Os Prêmios relativos aos respectivos aumentos serão cobrados em conforme especificado na apólice.

2.12 Os eventos decorrentes de Doença e por desgaste físico terá uma Carência de 3 (três) meses nos casos de inclusão de novos Segurados durante a Vigência desta cobertura Adicional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura deste Seguro a Perda de Certificado de Habilitação técnica de Voo quando as Doenças, desgastes físicos, lesões corporais ou acidentes pessoais resultarem direta ou indiretamente:

- a) da exposição deliberada a ato reconhecidamente perigoso, excepcional e desnecessário, que não seja motivado por necessidade justificada, como os casos de salvamento de vidas humanas, ou de proteção à carga e ao equipamento aéreo;**

- b) de infecções oportunistas, condições infecciosas recidivas e Doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória;
- c) de estados depressivos, depressão e suas consequências, inclusive a síndrome do pânico;
- d) do tratamento de Doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, tumultos, conflitos, revoluções, envenenamentos e demais tipos de suicídios coletivos, eventos sísmicos e catástrofes, devidamente comprovados;
- e) de lesão intencionalmente auto-infligida;
- f) de tratamentos clínicos ou cirurgias plásticas em geral, principalmente os com finalidade estética ou embelezadora e aqueles realizados por métodos não éticos, bem como os não reconhecidos pelos órgãos de normatização e fiscalização da medicina no país, incluindo-se os experimentais, os não referendados e os liberados sob quaisquer ressalvas restritivas, salvo os restauradores de função orgânica e os resultantes de acidentes pessoais cobertos pelo Seguro, que requeiram reparação anatômica e os demais reconstrutores inseridos como coadjuvantes de tratamentos cirúrgicos de neoplasias malignas;
- g) de tratamentos clínicos ou cirúrgicos e suas consequências para emagrecimento, mesmo em casos de obesidade mórbida;
- h) do agravamento voluntário do Risco.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto.

4.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da perda temporária ou definitiva do Certificado de Habilitação Técnica de Voo.

4.3 O pagamento do Capital Segurado será considerado devido somente após a conclusão do processo administrativo junto ao Ministério da Aeronáutica.

5. FRANQUIA E CARÊNCIA

5.1 FRANQUIA: Haverá Franquia de 12 (doze) meses para a Perda Temporária do Certificado de Habilitação Técnica de Voo a contar da data do afastamento inicial pelo CEMAL;

5.1.1. Nesta hipótese, o Segurado fará jus ao recebimento do Capital Segurado, a partir do 13º (décimo terceiro) mês.

5.2 CARÊNCIA: Haverá Carência de 3 (três) meses a contar da data do Início de Vigência do Risco de cada Segurado para a Perda Temporária de Habilitação Técnica de Voo, decorrente de Doença, excluída a decorrente de Acidente Pessoal.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1 Este Seguro poderá ser contratado por Empresa, Associação ou Sindicato de Classe, na qualidade de Estipulante.

6.1.1 A celebração ou alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Proponente ou por seu Representante legal, ou ainda, pelo Corretor de Seguros, observado os termos de aceitação apresentados na Cláusula 7 – Aceitação das condições gerais.

6.1.2 A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do Risco. Caberá a Seguradora fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

6.2 Poderão ser incluídos no Seguro os pilotos, copilotos, engenheiros de voo, e comissários interessados na contratação do Seguro, que tenham idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 61 (sessenta e um) anos incompletos, na data de Início de Vigência do Risco individual.

6.3 A Proposta de Adesão, tanto na contratação inicial quanto no aumento de Capital Segurado, será preenchida e assinada obrigatoriamente pelo Proponente individual, incluindo a DPS – Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, que será previamente encaminhada à Seguradora, juntamente com cópia da C.C.F. – Certificado de Capacidade Física e do C.H.T. – Certificado de Habilitação Técnica de Voo, e conterá cláusula em que o Proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais.

6.4 Não será permitida a inclusão no Seguro, de Aeronauta sujeito a exame de capacidade física, antes de realizada a sua renovação pela A.N.A.C. – Agência Nacional de Aviação Civil, da Secretaria de Aviação Civil da Presidência da República.

6.5 Somente poderão ser incluídos no Seguro, por solicitação do Estipulante, os Aeronautas que:

- a) possuam Certificado de Capacidade Física em vigor fornecido pela A.N.A.C. – Agência Nacional de Aviação Civil, da Secretaria de Aviação Civil da Presidência da República, com até 3 meses subsequentes à renovação;
- b) possuam o Certificado de Habilitação Técnica de Voo;
- c) estejam no efetivo exercício da profissão.

6.6 O Segurado se obriga a declarar a existência de quaisquer outros Seguros de Perda de Certificado de Habilitação Técnica de Voo.

7. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

7.1 Os Capitais Segurados e os Prêmios relativos a este Seguro poderão ser corrigidos anualmente, por ocasião da renovação da cobertura, tomando-se por base o Índice de Preços

ao Consumidor Amplo (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) até o mês anterior ao da renovação da Apólice de Seguro;

7.1.1 O Capital Segurado sofrerá alterações: a) em decorrência de mudança de faixa etária; b) por solicitação do Segurado ou Estipulante.

7.2 As alterações de capital vigorarão a partir do primeiro dia do mês subsequente àquele em que a Seguradora aceitar a solicitação.

7.3 A solicitação de alteração poderá ser feita dentro de 3 (três) meses subsequentes ao exame do órgão oficial de saúde subordinado ao Ministério da Aeronáutica, mediante entrega à Seguradora de cópia do comprovante do exame, da nova proposta e Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, preenchidas e assinadas.

7.4 Na alteração do Capital Segurado, individualmente, observar-se-á a mesma regra de contratação de um Seguro novo, inclusive, com preenchimento de uma nova proposta e nova Declaração Pessoal de Saúde e Atividade;

7.5 Em caso de elevação do capital segurado, poderá ser estabelecido novo prazo de carência para o valor da alteração, respeitado o prazo máximo estabelecido no item 10.1.3 da Cláusula 10 – Carência e Franquia das Condições Gerais, aplicando-se a carência exclusivamente em eventos decorrência de Doença.

8. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

8.1 Além dos procedimentos apresentados na da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro, o Segurado ou Estipulante são obrigados a comunicar a Seguradora, tão logo o saibam, com solicitação de confirmação de recebimento, telegrama ou carta, o início de processo administrativo junto ao D.A.C. – Departamento de Aviação Civil, relatando eventuais motivos de Perda de Certificado de Habilitação Técnica de Voo, temporária ou definitiva, declarando suas causas e as consequências conhecidas, remetendo cópia de toda a documentação relacionada nas Condições Contratuais, juntamente com o formulário “AVISO DE SINISTRO”, fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante, pelo médico assistente e pelo próprio Segurado, que remeterá obrigatoriamente relatório pessoal da situação.

O Segurado deverá:

- a) providenciar, às suas custas, os registros e anotações regulares das autoridades competentes, relativos à Perda de Certificado de Habilitação Técnica de Voo;
- b) submeter-se aos exames médicos que a Seguradora exigir para a verificação da incapacidade, nas instituições médicas por ela indicadas; sendo tais exames realizados por conta da Seguradora;
- c) dar autorização expressa à Seguradora, quando isso se tornar necessário, para obter, em seu nome, parecer das autoridades médicas competentes que o hajam examinado e julgado incapaz para voar;

- d) quando da liberação para retorno ao voo, por parte do órgão competente, o Segurado deverá dar imediato conhecimento ao Estipulante e à Seguradora;
- e) providenciar declaração da empresa detalhando salário fixo (se for o caso);
- f) providenciar cópia autenticada do RG e CPF do Segurado;
- g) providenciar último holerite do Segurado (se for o caso);

8.2 A aferição da perda temporária ou definitiva do C.H.T. – Certificado de Habilitação Técnica de Voo, far-se-á, para todos os fins e efeitos de direito, pela Legislação Brasileira, bem como, todos os Decretos, Normas, Regulamentos, Portarias, etc., emitidas pelo DAC – Departamento de Aviação Civil, do Ministério da Aeronáutica.

8.3 Documentação Complementar

8.3.1 Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento sobre a cobertura de um evento reclamado, a Seguradora poderá solicitar outros esclarecimentos que julgar necessários, novos documentos, exames médico-laboratoriais, relatórios ou laudos médico-hospitalares para a conclusão do processo de regulação desse evento, observado os prazos constantes da Clausula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistros das Condições Gerais.

8.3.2 Durante essa fase de regulação as providências ou atos que a Seguradora praticar ao exigir documentação complementar não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado, enquanto não houver certeza quanto à cobertura do evento.

9. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

9.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) com a perda de vínculo com o estipulante;
- d) com o pagamento da indenização ocorrer na forma de Perda Definitiva.
- e) Na data em que o segurado completar 61 (sessenta e um) anos de idade.

10. PROCURAÇÃO

Na ocorrência de evento coberto, o Segurado outorgará à Seguradora, procuração com poderes específicos para representá-lo perante a A.N.A.C. – Agência Nacional de Aviação Civil, da Secretaria de Aviação Civil da Presidência da República e demais órgãos subordinados ao Ministério da Aeronáutica, facultando-lhe nomear peritos, assistentes técnicos, advogados, entre outros., tomar ciência de atos e fatos, impugnar e recorrer, adotando todas as medidas



necessárias, administrativas ou judiciais, para a manutenção do Certificado de Habilitação Técnica de Voo.

11. INSPEÇÃO

A Seguradora se reserva o direito de proceder a qualquer tempo, às averiguações de fatos relacionados com este Seguro. O Segurado fornecerá à Seguradora todas as provas, documentos, exames e esclarecimentos que lhe forem solicitados.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Se ratificada na Apólice, esta cobertura garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorrida durante o período gestacional, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

Quando o Segurado for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do segurado.

2. GLOSSÁRIO

2.1 Além das definições já apresentadas na CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES das Condições Gerais deste seguro, devem ser consideradas:

- a) Nascituro: Aquele que foi gerado ou concebido, mas ainda não nasceu, embora tenha vida intrauterina e natureza humana.
- b) Natimorto: Produto do nascimento de um feto morto.
- c) Responsável legal: Indivíduo com poder legal para representar menor de idade ou incapaz.

Período gestacional: período correspondente entre concepção e nascimento

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões apresentadas na CLÁUSULA 6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta cobertura:

Natimorto e Adoção.

4. CAPITAIS SEGURADOS

- 4.1. O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado em caso de sinistro coberto.
- 4.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do óbito do Segurado.

5. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário será o responsável legal do Nascituro.

6. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Em complemento à CLÁUSULA 13 – PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura, deverão ser entregues à Seguradora, em vias originais ou cópias autenticadas, os seguintes documentos:

- 6.1. Documentos do Segurado sinistrado:
 - a) Ficha de cadastro, se funcionário do Estipulante;
 - b) Carteira de identidade ou equivalente;
 - c) CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - d) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - e) Certidão de Óbito;
 - f) Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
 - g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado, em caso de acidente com veículo que estivesse sendo dirigido pelo mesmo;
 - h) Laudo de Necropsia, se houver; e
 - i) Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - j) Certidão de nascimento do Nascituro, cuja paternidade ou maternidade seja conhecida e registrada.

- 6.2. Documentos de identificação do beneficiário: (responsável legal pelo nascituro)
 - a) Carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número);
 - b) Certidão de Nascimento, ou de Casamento;
 - c) Comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias); e
 - d) Número de telefone para contato.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DITA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de acidente pessoal coberto, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice e o período de franquia.

1.2. A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.3. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

1.4. O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula 6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a. doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c. tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
- d. tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;**
- e. tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;**
- f. doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;**
- g. infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência**

- adquirida (sida/aids);
- h. doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- i. doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de alzheimer, doença de parkinson, entre outras.
- j. as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.
- k. transtornos mentais e psiquiátricos;
- l. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;
- m. lesões que não requerem atenção médica;
- n. internações em função do diagnóstico e / ou avaliação do estado de saúde (check-up);
- o. cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- p. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia
- q. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto; e
- r. quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto.

3.2 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.

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

3.4 Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data do último retorno as atividades laborativas.

3.5 O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

3.5.1 A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

4. FRANQUIA E CARÊNCIA

4.1 FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

4.1.1 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

4.2 CARÊNCIA: Não haverá aplicação de carência para esta cobertura, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

6. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

6.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) com a perda de vínculo com o estipulante.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA - DITAD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, ao próprio Segurado, o pagamento das diárias a que tiver direito, caso este venha a ficar impossibilitado, por consequência de causas naturais (doença) ou acidente pessoal cobertos, de forma contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento, por determinação médica, observado o limite máximo de diárias estabelecidos na Apólice e o período de franquia.

1.2. A indenização está limitada ao capital segurado contratado relativo a esta cobertura e será paga de uma única vez.

1.3. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, de no máximo 15 (quinze) dias, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

1.4. O reconhecimento de incapacidade por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula 6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- a) lesões no joelho intra-articular; Entesopatia; Luxação do ombro (acrômio - clavicular ou glenohumeral) e fraturas patológicas;**
- b) lombalgia, radiculopatia, dor ciática e outras neurites; lesões degenerativas da coluna vertebral, com a exceção do tratamento cirúrgico. As condições do sistema nervoso simpático.**
- c) entorses, distensões e contusões;**
- d) transtornos mentais e psiquiátricos;**
- e) acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo;**
- f) lesões que não requerem atenção médica;**
- g) internações em função do diagnóstico e/ou avaliação do estado de saúde (check-up);**
- h) cirurgia plástica, exceto aquelas com finalidade reparadora comprovada diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- i) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- j) acidentes e suas consequências ocorridas antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;**

- k) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- l) gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto.

3.2 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” o primeiro dia do afastamento do Segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto e constatada através da análise da documentação apresentada.

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

3.4 Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data do último retorno as atividades laborativas.

3.5 O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes sinistros, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

3.5.1 A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

4. FRANQUIA E CARÊNCIA

4.1 FRANQUIA: O período de Franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da data evento (data do afastamento das atividades laborativas do Segurado, por determinação médica).

4.1.1 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de Franquia e se estenderão até o final do período de afastamento do Segurado, observado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis estabelecido contratualmente.

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

4.3 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por

Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

4.4 Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.**

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

6. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

6.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) com a perda de vínculo com o estipulante;

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL PERDA DE EMPREGO – Desemprego Involuntário – PE-DI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante contratação desta cobertura será garantido, uma indenização ao segurado, limitado ao capital segurado contratado, caso o Segurado venha a perder involuntariamente o vínculo empregatício durante o decorrer da vigência do seguro, respeitando os períodos de carência e franquia, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

1.2. Definições:

1.2.1 Configura-se como desemprego involuntário a perda involuntária de vínculo empregatício a rescisão do contrato de trabalho do Segurado, regido pela CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, que não tenha sido por ele motivada e que não tenha decorrido de justa causa, com a consequente cessação do pagamento de salário pelo seu empregador.

1.3. Elegibilidade:

2.1.1 Serão elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador, e desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento. Exclusivamente para a contagem do período mínimo de vínculo empregatício, será considerado o período de aviso prévio quando trabalhado.

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

2.1.3 Para ter direito à cobertura de Desemprego Involuntário, é obrigatório que o segurado tenha cumprido o Aviso Prévio ou, encaminhe documento que comprove a dispensa do mesmo.

2.1.4 Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Desemprego Involuntário é necessário que se comprove o mesmo número meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador entre o pagamento final de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

2.2 Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de Acidente Pessoal no Glossário de Termos Técnicos e da Cláusula 6 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

a) Aposentadorias;

- b) Vínculo empregatício, direto ou indireto, com familiares até o 3º grau de parentesco;
- c) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- d) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do vínculo empregatício;
- e) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- f) Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela consolidação das leis do trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em diário oficial;
- g) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;
- h) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- i) Falência;
- j) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- k) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de funcionários no mesmo mês;
- l) Programas de demissão voluntária (pdv) ou plano de demissão incentivado (pdi), motivados pelo empregador do segurado;
- m) Acordo entre empregado e empregador;
- n) Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ ou acionista;
- o) Funcionários que já se encontrem em período de aviso prévio na data da contratação do seguro;
- p) Segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme previsto nestas condições especiais – desemprego involuntário;
- q) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- r) Desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no contrato;
- s) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na carteira profissional.

4 CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto.

3.2 Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

5 FRANQUIA E CARÊNCIA

5.1 **FRANQUIA:** O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Certificado de Seguro, respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder



reclamar a cobertura do seguro.

5.2 CARÊNCIA: O período de Carência será estabelecido contratualmente respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos, deverá constar no Certificado de Seguro, e será contado a partir do início de vigência ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

6 PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

7 INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

6.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) com a perda de vínculo com o estipulante.

8 RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - ILPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado em caso de invalidez permanente total decorrente exclusivamente de acidente que o impeça de exercer sua atividade laborativa principal, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais condições contratuais.

1.2 Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

1.3 Entende-se como a invalidez laborativa principal por acidente a incapacidade ocasionada em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação para o exercício pleno da atividade laborativa principal do segurado, que impeça de forma permanente de atuar na atividade principal de sua profissão.

1.4 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

1.4.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura.

1.5 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital contratado nesta cobertura.

1.6 A cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente (ILPTA) será cancelada quando houver pagamento por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD).

1.7 A indenização da cobertura de Morte por Acidente (MA) e a Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente – (ILPTA) não se acumulam.

1.7.1 Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente – (ILPTA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte por acidente deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

1.8 Não podem configurar como Segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

1.9 Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por acidente,

se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente (ILPTA) for inferior a 100% da cobertura de Morte por Acidente (MA), o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura de Morte por Acidente (MA), com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Laborativa Permanente Total por Acidente (ILPTA), e as demais coberturas vigentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais, consideram-se também como excluídos, a invalidez em consequência:

- a) Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) 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 suas consequências póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- c) Denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);**
- d) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;**
- e) Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas;**
- f) Perda de dentes e os danos estéticos;**
- g) Exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;**
- h) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro;**
- i) Prática de esporte(s) de alpinismo, asa delta, balonismo, ciclismo, lutas, mergulho, para quedismo, piloto de prova/competição (terrestre/ aéreo e marítimo), rafting, ultra-leve e vôo livre.**

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto.

3.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que ocasionou a Invalidez Laboral Total e Permanente.

3.3 Reconhecida a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente pela Seguradora, o Capital Segurado será pago de uma só vez.

4. JUNTA MÉDICA

4.1 A Seguradora se reserva no direito de solicitar a realização de perícia médica ou análise do diagnóstico, por uma junta médica em caso de discordância com o parecer médico apresentado pelo segurado.

4.1.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao mesmo, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

4.2 A junta médica de que trata esta cláusula será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

4.3 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.

4.4 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.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1 Após o pagamento do Capital Segurado, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica, salvo, disposições contrárias e expressamente acordado nas condições do Seguro.

6.1.1 No caso de o Segurado não ser excluído da Apólice, poderá permanecer no seguro, neste caso permanecendo excluída qualquer cobertura decorrente de Invalidez Laboral.

7. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

7.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado



individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou **da presente** Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) com a perda de vínculo com o estipulante;
- d) com o pagamento da importância segurada garantida pela presente cláusula, observado as disposições da presente cobertura.**

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR – INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura suplementar tem por objetivo garantir, até o limite do Capital Segurado contratado, o pagamento de uma importância em dinheiro ao Segurado, em decorrência de evento coberto ocorrido com o seu cônjuge, respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.1.1. Poderão ser contratadas as coberturas de M, MA, IPA e a cobertura de Indenização Especial de Filhos Póstumos, desde que também contratada para o Segurado Principal.

1.2 Não são extensivas ao Cônjuge as Garantias Adicionais de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD, Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença – ILPD, Perda de Certificado de Habilitação de Voo – PCHV, Perda de Emprego e as coberturas de Diárias Hospitalares e Diárias por incapacidade.

1.3 A(O) companheira(o) equipara-se ao cônjuge quando presentes os requisitos do artigo 1.723, do Código Civil Brasileiro, e seus parágrafos.

1.4 Não poderão participar desta cláusula suplementar os Cônjuges e Companheiros(as) considerados(as) seguráveis como Segurados Principais.

1.5 Somente serão aceitos os Cônjuges que se encontrarem em boas condições de saúde;

1.6 A Declaração Pessoal de Saúde e Atividade será feita pelo Segurado Principal, mediante o preenchimento da Proposta de Adesão.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais.

3. FORMA DE CONTRATAÇÃO

3.1. Automática: nesta forma estarão cobertos automaticamente pelo Seguro os Cônjuges dos Segurados Principais;

3.2. Facultativa: nesta forma, só estarão cobertos pelo Seguro os Cônjuges dos Segurados Principais que se manifestarem favoravelmente a sua inclusão na Apólice, através do preenchimento da Proposta de Adesão.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o

máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto, não podendo em nenhuma hipótese ultrapassar o valor do capital segurado do Segurado Principal.

4.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento a data já apresentada nas coberturas de Morte, MA, IPA e Indenização Especial de Filhos Póstumos para a contratação do segurado principal de acordo com o evento que ocasionou a reclamação do sinistro.

5. BENEFICIÁRIOS

O Capital Segurado por Morte, devida por esta cláusula suplementar, será pago ao Segurado Principal.

6. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os procedimentos apresentados na da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

7. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

7.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os cônjuges da Apólice, quando se tratar de contratação na forma automática, ou para aqueles que manifestaram interesse no seguro, em caso de contratação na forma facultativa, simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Suplementar;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado principal da Apólice;
- c) com a perda de vínculo do segurado principal com o estipulante;
- d) a pedido do segurado principal;
- e) com a morte do segurado principal;
- f) com a perda de vínculo do segurado principal com o cônjuge;
- g) com o pagamento do capital segurado garantido pela presente cláusula.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR – INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Se ratificada na Apólice, esta cobertura suplementar tem por objetivo garantir, até o limite do Capital Segurado contratado, o pagamento de uma importância em dinheiro ao Segurado, em decorrência de evento coberto ocorrido com o(s) seu(s) Filho(s), respeitado o limite do Capital Segurado e observadas as demais Condições Contratuais.

1.1.1. Poderão ser contratadas as coberturas de M, MA e IPA, desde que contratada também a cláusula suplementar de Cônjuge na forma de contratação automática.

1.2 Consideram-se como Filhos para os efeitos desta cláusula, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

1.3 Quando ambos os cônjuges pertencem ao mesmo Grupo Segurado, os Filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cláusula.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Ratificam-se os Riscos Excluídos apresentados na Cláusula 6 – Riscos Excluídos das Condições Gerais.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1 O Capital Segurado, conforme definido nas Condições Gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao segurado em caso de sinistro coberto, não podendo em nenhuma hipótese ultrapassar o valor do capital segurado do Segurado Principal.

3.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento a data já apresentada nas coberturas de Morte, MA e IPA para a contratação do segurado principal de acordo com o evento que ocasionou a reclamação do sinistro.

3.3 Para os menores de 14 anos, o Seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando-se:

a) Incluem-se entre as despesas com o funeral as havidas com o traslado;

b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. BENEFICIÁRIOS

O Capital Segurado devida por esta cláusula suplementar, será pago ao Segurado Principal.

5. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

Ratificam-se os procedimentos apresentados na da Cláusula 13 – Procedimentos em Caso de Sinistro das Condições Gerais deste seguro.

6. INÍCIO E TÉRMINO DA COBERTURA

6.1 A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os filhos simultaneamente com o início de vigência do seguro, ou em data posterior, quando sua inclusão se der após a adesão do seguro, conforme especificado na apólice e certificado individual, ou ainda em data posterior, quando a presente cobertura não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cobertura Suplementar ou da cobertura Suplementar de Cônjuge;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado principal da Apólice;**
- c) com a perda de vínculo do segurado principal com o estipulante;**
- d) a pedido do segurado principal;**
- e) com a morte do segurado principal;**
- f) com o pagamento do capital segurado garantido pela presente cláusula.**

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CLÁUSULA ADICIONAL – EXCEDENTE TÉCNICO

Pela presente Cláusula, fica entendido e concordado que serão distribuídos os excedentes técnicos da apólice, conforme as condições seguintes:

1 – DEFINIÇÕES

- 1.1. Considera-se como Excedente Técnico a diferença positiva entre as receitas e despesas, apurada de acordo com os critérios estabelecidos no item 3 abaixo.
- 1.2. O percentual de distribuição do Excedente Técnico será estabelecido no Contrato.
- 1.3. O termo IBNR abordado nesta cláusula, item 3, se refere à provisão técnica obrigatória para as Seguradoras, de forma a garantir o pagamento dos sinistros ocorridos e ainda não avisados.

2 – PERÍODO E PRAZO DE APURAÇÃO

- 2.1. O Excedente Técnico será apurado a cada período de 12(doze) meses de vigência do seguro.
- 2.2. A apuração e distribuição será realizada até 60 (sessenta) dias após o pagamento da última fatura correspondente ao término do período indicado no subitem anterior.

3 – CRITÉRIOS DA APURAÇÃO

- 3.1. Consideram-se como RECEITAS:
 - a) Prêmios líquidos emitidos, efetivamente pagos, correspondentes à competência do período da apuração;
 - b) Sinistros computados em períodos anteriores, posteriormente estornados;
 - c) IBNR considerada na apuração anterior, conforme definido na alínea “f”, do item 3.2 abaixo.
- d) Consideram-se como DESPESAS:
 - e) Comissões de corretagem, comissões de administração/pró-labore e agenciamentos pagos durante o período;
 - f) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, inclusive despesas de sinistro, avisados ou pagos até a data de apuração do excedente e ainda não considerados em períodos anteriores, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado.
 - g) Saldos negativos de excedente técnicos apurados em períodos anteriores, ainda não compensados;
 - h) Impostos diretos sobre a emissão, PIS e COFINS, apurados de acordo com a legislação vigente. Outros impostos, incidentes sobre a emissão, que vierem a ser criados e estejam vigentes no período, serão incluídos na apuração;
 - i) Despesas de administração da Seguradora, conforme indicado no Contrato.

- j) Percentual sobre o total dos sinistros computados na apuração, a título de IBNR, para suportar os sinistros ocorridos e ainda não avisados à Seguradora, conforme indicado no Contrato.
- 3.2. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente pelo IPCA-IBGE, a partir:
- a) Do respectivo pagamento para prêmios e comissões;
 - b) Do aviso à Seguradora para os sinistros;
 - c) Da respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
 - d) Do efetivo pagamento, para outras despesas.
- 3.3. O resultado apurado de Excedente Técnico será atualizado monetariamente pelo IPCA-IBGE, desde o término do período de apuração até sua distribuição.

4 – CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

Para a distribuição do Excedente Técnico serão observadas as seguintes condições:

- 4.1. Nos seguros não contributários a devolução caberá integralmente ao Estipulante.
- 4.2. Nos seguros contributários, a distribuição será destinada ao Segurado, integralmente ou parcialmente proporcional à sua contribuição no prêmio do seguro.
- 4.3. Em substituição aos itens 4.1 e 4.2 o Excedente Técnico poderá ainda ser revertido em quitação de faturas subsequentes, quando a apólice for renovada e mediante expressa solicitação.