

CONDIÇÕES GERAIS PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS – PME

CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO COLETIVO PARA PME UNIFORME E MÚLTIPLO SALARIAL

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.
- 1.9. Os tributos incidentes no seguro serão pagos por quem a lei determinar.

2. Definições

Acidentes Pessoais: 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 (apólices coletivas).

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.

Capital por Faixa Salarial: é a forma de contratação onde o capital segurado é determinado pela faixa salarial do segurado.

Capital Uniforme: é o capital segurado igual para todos os segurados.

Capital Múltiplo Salarial: é o capital segurado calculado pela multiplicação do salário mensal pelo fator contratado.

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,** 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.

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.

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.

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

GFIP: Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e de Informações à Previdência Social (INSS).

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 aceitos 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 profissionais liberais – são as pessoas que exercem sua atividade remunerada de forma autônoma, sem dependência e sem vínculo empregatício, que recebem honorários de seus clientes.

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.

Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Previdenciárias e Trabalhistas – eSocial: instrumento de unificação da prestação das informações referentes à escrituração das obrigações fiscais, previdenciárias e trabalhistas e tem por finalidade padronizar sua transmissão, validação, armazenamento e distribuição nos termos apresentados no decreto lei 8.373/2014.

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. As coberturas deste plano poderão ser contratadas isoladamente e a contratação deve ser ratificada na Apólice com a indicação dos respectivos capitais segurados.

5.2. Consideram-se riscos cobertos aqueles expressamente convencionados nas condições especiais das coberturas abaixo, desde que tenham sido efetivamente contratadas e ratificadas na apólice.

5.2.1. Coberturas:

- A. MORTE;
- B. MORTE ACIDENTAL;
- C. MORTE ACIDENTAL EM ÔNIBUS;
- D. MORTE ACIDENTAL NO TRABALHO;
- E. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE;
- F. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA;
- G. DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA;
- H. PERDA DE EMPREGO – DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO;
- I. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR;
- J. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI;
- K. DOENÇAS GRAVES;
- L. DOENÇAS EM FASE TERMINAL;
- M. DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO);
- N. COMPLEMENTO EM CASO DE AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO;
- O. RESCISÃO TRABALHISTA;
- P. AUXÍLIO CESTA-BÁSICA;
- Q. AUXÍLIO CRECHE
- R. DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS;
- S. DESPESAS DIVERSAS;
- T. ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO;
- U. AUXÍLIO NATALIDADE E;
- V. DECESSOS INDIVIDUAL OU FAMILIAR.

5.2.2. A contratação da cobertura de adaptação de casa e/ou veículo está condicionada a contratação simultânea da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

5.2.3. Coberturas suplementares:

- A. INCLUSÃO DE CÔNJUGE;
- B. INCLUSÃO DE FILHOS E;
- C. INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE AGREGADOS – MORTE (PAI E MÃE).

5.2.3.1. Os capitais contratados para o segurado dependente, em quaisquer coberturas passíveis de contratação, não podem ser superiores ao capital do segurado.

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 micro traumas 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: **qualquer tipo de hérnia e suas consequências, em especial a hérnia discal, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto; gravidez, parto, aborto provocado ou não e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto; 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 contratação assinada pelo proponente (estipulante) ou 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 contratação 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. Cabe ao estipulante informar a seguradora os nomes dos proponentes/segurados portadores de deficiência, indicando o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da seguradora.
- 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 contratação, a seguradora poderá exigir, 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 estipulante, 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:
- A. a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
 - B. a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual ou;
 - C. 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 nas cláusulas 15 e 16 (atualização das obrigações pecuniárias e aplicabilidade de mora).
- 7.10. A seguradora emitirá e enviará a apólice, 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.

- 7.15. Os critérios de aceitação, tais como, mais não se limitando a limite de idade, limite de capital segurado, adesão facultativa ou automática, inclusão de filhos, serão detalhadas na proposta de contratação e especificadas na apólice.

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 1 (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, ainda que em razão de aposentadoria, respeitado 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 a 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 3 (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 60 (sessenta) 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. A 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. **Franquia:** em caso de período de franquia estipulado para as coberturas previstas nestas condições gerais, esta, será definida 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, livre escolha, uniforme 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 seguradora 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. Pagamentos 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. No caso de indenização de um sinistro de invalidez parcial por acidente o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 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 a 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. 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.
- 13.3. 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.
- 13.4. 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 e 13.7.1, destas condições gerais:
- 13.4.1. Documentos básicos necessários para liquidação de sinistro, para todos os eventos:
- A. Formulário “aviso de sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou beneficiário;
 - B. Formulário “autorização para crédito de indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou beneficiário em caso de morte do segurado;
 - C. Comprovante de endereço atualizado da residência do segurado e do beneficiário em caso de morte do segurado.

Do segurado:

- RG (cópia autenticada);
- CPF (cópia autenticada);
- certidão de nascimento ou casamento (cópia autenticada do documento atualizado);
- cópia da ficha de registro do emprego, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo com o estipulante/subestipulante seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo com o estipulante/subestipulante seja empregatício;
- cópia do eSocial ou CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre estipulante/subestipulante e segurado seja o vínculo empregatício;
- cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre estipulante/subestipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços.

Do(s) beneficiário(s):

- Pais: RG e CPF (cópias autenticadas);

- Cônjuge: certidão de casamento, RG e CPF (cópias autenticadas e atualizadas);
- Companheira(o): RG e CPF, comprovação de dependência na carteira profissional ou imposto de renda, junto ao INSS (cópias autenticadas);
- Filhos: certidão de nascimento e RG, sendo que: filho(s) ou beneficiário(s) com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei e, filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.

Do(s) beneficiário(s):

- CNPJ, contrato social e comprovante de endereço do estipulante;
- Contrato de trabalho do segurado;
- Pessoa e telefone para contato;
- eSocial ou CAGED do mês imediatamente anterior ao sinistro.

13.4.2. Além dos documentos acima, deverão ser encaminhados os documentos constantes da cláusula das condições especiais, no item procedimentos em caso de sinistro da cobertura contratada causadora do evento.

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

13.6. 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. Caso a seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 13.4 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente a data do recebimento, pela seguradora, da documentação complementar.

13.7.1. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 13.4, a Seguradora pagará o valor da indenização devida, acrescido de:

- A. juros de mora nos termos da legislação específica, conforme cláusula 16 (aplicabilidade de mora), contados a partir do término do prazo previsto no item 13.4 destas condições gerais;
- B. 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 15 (atualização das obrigações pecuniárias), destas condições gerais.

13.8. 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.

13.9. 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 13.4 acima.

13.10. 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.

13.11. Eventuais divergências de natureza médica serão dirimidas por 2 (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.

13.12. Junta Médica

13.12.1. 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.

13.12.2. 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.

13.12.3. 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.

13.13. 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 de sinistro:

- A. cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;
- 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;
- 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. Recálculo 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 ocorra, após a data de início de vigência da renovação do seguro.
- 15.5.3. Poderá ainda, ser estipulando outro período de análise dos prêmios recebidos e as flutuações de sinistralidade, sendo estabelecido na proposta e especificado na apólice a periodicidade de reanálise, assim como o percentual aceitável de sinistros e demais disposições para a aplicabilidade das novas condições para manutenção do seguro vigente.
- 15.5.4. 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.

- 15.5.5. O reajuste do capital segurado 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.
- 15.5.6. Nos casos de aumento do capital segurado, e sendo contributário o seguro, caberá ao estipulante solicitá-lo à seguradora, por escrito, desde que possua autorização de no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) dos segurados;
- 15.5.7. Será admitido mandado outorgado pelo segurado para que o estipulante o represente perante a seguradora.
- 15.5.8. nos seguros contratados na forma de custeio contributário, 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, $\frac{3}{4}$ (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 de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), 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).
- 17.2. A resilição contratual, total ou parcial, poderá ocorrer a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, com a concordância recíproca. 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 segurado.

18. Beneficiário(s)

- 18.1. Para as coberturas decorrentes de morte, o segurado deverá indicar a(s) 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 a cobertura de rescisão trabalhista o beneficiário será o estipulante.
- 18.5. 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;
 - 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;
 - 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;

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, respeitada as limitações especificadas na proposta de contratação e especificada na apólice:

A. Automática: quando o seguro abranger todos os componentes;

B. 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 contato.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO COLETIVO PARA PME

Condições Especiais da cobertura de Morte (M)

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 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).

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 e por invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de pagar 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. 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.

5. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 (procedimentos em caso de sinistro) deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 e os documentos abaixo:

- I. Morte decorrente de doença:
 - A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
 - B. cópia da certidão de óbito do segurado;
 - C. exames e laudos complementares que comprove a data do diagnóstico da doença (se houver);
 - D. cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
 - E. comprovante de indicação de beneficiário(s) assinado pelo segurado.
- II. Morte decorrente de acidente:

Além dos documentos relacionados na alínea I. acima providenciar:

 - A. cópia do boletim de ocorrência policial (BO) e/ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), se houver;

- B. cópia do laudo do necroscópico – Instituto Médico Legal (IML), se realizado;
 - C. cópia da carteira nacional de habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
 - D. cópia do laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado(s);
 - E. cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.
- III. Não havendo indicação de beneficiário(s), apresentar ainda:
- A. declaração original assinada pelo estipulante, formalizando que não houve designação de beneficiário(s);
 - B. declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).
- IV. Demais documentos para habilitação do(s) beneficiário(s):
- A. cônjuge: cópia da certidão de casamento atualizada;
 - B. companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do sinistro;
 - C. pais: RG e CPF do segurado (cópias autenticadas);
 - D. filho(s): cópia da certidão de nascimento, na ausência de RG e CPF.
- 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 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 (MA)

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).

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 pagar 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. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 (procedimentos em caso de sinistro) deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 e os documentos abaixo:

- I. Morte decorrente de acidente:
 - A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
 - B. cópia da certidão de óbito do segurado;
 - C. cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
 - D. comprovante de indicação de beneficiário(s) assinado pelo segurado;
 - E. cópia do boletim de ocorrência policial (BO) e/ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), se houver;
 - F. cópia do laudo do necroscópico – Instituto Médico-Legal (IML), se realizado;
 - G. cópia da carteira nacional de habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
 - H. cópia do laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado(s);
 - I. cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- II. Não havendo indicação de beneficiário(s), apresentar ainda:
 - A. declaração original assinada pelo estipulante, formalizando que não houve designação de beneficiário(s);
 - B. declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

- III. Demais documentos para habilitação do(s) beneficiário(s):
- A. cônjuge: cópia da certidão de casamento atualizada;
 - B. companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do sinistro;
 - C. pais: RG e CPF do segurado (cópias autenticadas);
 - D. filho(s): cópia da certidão de nascimento, na ausência de RG e CPF.

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:
- 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.

6. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Condições Especiais da cobertura de Morte Acidental (MA) em Ônibus

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 dentro de ônibus devidamente regulamentado pelo sistema nacional de trânsito, 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).

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 e por invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de pagar 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. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 (procedimentos em caso de sinistro) deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 e os documentos abaixo:

- I. Morte decorrente de acidente:
 - A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
 - B. cópia da certidão de óbito do segurado;
 - C. cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
 - D. comprovante de indicação de beneficiário(s) assinado pelo segurado;
 - E. cópia do boletim de ocorrência policial (BO) e/ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), se houver;
 - F. cópia do laudo do necroscópico – Instituto Médico-Legal (IML), se realizado;
 - G. cópia da carteira nacional de habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
 - H. cópia do laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado(s);
 - I. cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- II. Não havendo indicação de beneficiário(s), apresentar ainda:
 - A. declaração original assinada pelo estipulante, formalizando que não houve designação de beneficiário(s);
 - B. declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

- III. Demais documentos para habilitação do(s) beneficiário(s):
- A. cônjuge: cópia da certidão de casamento atualizada;
 - B. companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do sinistro;
 - C. pais: RG e CPF do segurado (cópias autenticadas);
 - D. filho(s): cópia da certidão de nascimento, na ausência de RG e CPF.

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:
- 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.

6. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Condições Especiais da cobertura de Morte Acidental (MA) no Trabalho

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 dentro de ônibus devidamente regulamentado pelo sistema nacional de trânsito, 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).

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 e por invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de pagar 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. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da Cláusula 13 (procedimentos em caso de sinistro) deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 e os documentos abaixo:

- I. Morte decorrente de acidente:
 - A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
 - B. cópia da certidão de óbito do segurado;
 - C. cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
 - D. comprovante de indicação de beneficiário(s) assinado pelo segurado;
 - E. cópia do boletim de ocorrência policial (BO) e/ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), se houver;
 - F. cópia do laudo do necroscópico – Instituto Médico-Legal (IML), se realizado;
 - G. cópia da carteira nacional de habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
 - H. cópia do laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado(s);
 - I. cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.
- II. Não havendo indicação de beneficiário(s), apresentar ainda:
 - C. declaração original assinada pelo estipulante, formalizando que não houve designação de beneficiário(s);
 - D. declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

- III. Demais documentos para habilitação do(s) beneficiário(s):
- E. cônjuge: cópia da certidão de casamento atualizada;
- F. companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do sinistro;
- G. pais: RG e CPF do segurado (cópias autenticadas);
- H. filho(s): cópia da certidão de nascimento, na ausência de RG e CPF.

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 de 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 abaixo 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 de Indenização em caso de Invalidez Permanente Parcial 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	
	Perda total da visão de um olho	30

Parcial (Diversas)	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	9
	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	9
	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	3
	Perda total do uso de uma falange do primeiro dedo: Indenização equivalente a 1/2 (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;	15
	> de 4 (quatro) centímetros;	10
	> de 3 (três) centímetros;	6
	> menos de 3 (três) centímetros.	Sem indenização

Perda do uso de membro 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
	> Em grau médio;	20
	> Em grau máximo	30
Nariz	Perda total do nariz	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
Aparelho visual	Lesões das vias lacrimais:	-
	> Unilateral;	7
	> Unilateral com fístulas;	15
	> Bilateral;	14
	> Bilateral com fístulas.	25
	Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris:	-
	> Ectrópio unilateral;	3
	> Ectrópio bilateral;	6
	> Entrópio unilateral;	7
	> Entrópio bilateral;	14
	> Má oclusão palpebral unilateral;	3
	> Má oclusão palpebral bilateral;	6
	> Ptose palpebral unilateral;	5
	> Ptose palpebral bilateral;	10
Aparelho da fonação	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
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 braço	15
Aparelho urinário	Retenção crônica da 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	5
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	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
Síndromes Psiquiátricas	Síndrome pós-concussional	10
	Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	2
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 funcional em grau máximo	70
	Intestino grosso	
	Colectomia parcial sem transtorno funcional	5
	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	7

2. Riscos Excluídos

Ratificam-se todos os termos da cláusula 6 (riscos excluídos).

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 e por invalidez permanente por acidente, não se acumulam. Se, depois de pagar 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.
- 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. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 e os documentos abaixo:

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado(s) e relatório do médico assistente, detalhando a natureza da lesão, data da invalidez e o respectivo grau definitivo da invalidez;
- B. cópia do boletim de ocorrência policial (BO) e/ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), se houver;
- C. cópia da carteira nacional de habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- D. cópia do laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado(s);
- E. cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;
- F. radiografias, ultrassons, entre outros e resultados de exames realizados, acompanhados dos respectivos laudos médicos.

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 de Invalide Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD)

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 dentro de ônibus devidamente regulamentado pelo sistema nacional de trânsito, 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 autonômicas do segurado. Este quadro clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na cláusula 13 (procedimentos em caso de sinistros, das condições gerais e item 6).

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°;
 - 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;
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associadas 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 coberto.

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, 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. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 e os documentos abaixo:

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- B. cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- C. declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3;
- D. relatório médico assistente do segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado, bem como informando os respectivos CIDs associados ao estado de incapacidade;
- E. documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos, imagens e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

7. Carência

Poderá ser estabelecida a carência para esta 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).

8. Cancelamento do seguro

- 8.1. 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.
- 8.2. Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- 8.3. 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.

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 importância segurada garantida pela presente cláusula.

10. 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 neuro mental 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, e entre outras;
- I. conectividade com a vida: capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca;
- J. consumpção: definimento 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. seqüela: 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.

11. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Instrumento de Avaliação de Invalidez (IAIF)

Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estado conexos

Atributos	Escalas	Pontos
Relações do segurado com o cotidiano	1º (primeiro) grau: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	0
	2º (segundo) grau: O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º (terceiro) grau: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividade do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do segurado	1º (primeiro) grau: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que permita desempenhar suas tarefas normais.	0
	2º (segundo) grau: O segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º (terceiro) grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançando, 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 esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

Conectividade do segurado com vida	1º (primeiro) 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.	0
	2º (segundo) 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 frutas, abrir embalagens, consumir os alimentos com uso de copos, pratos e talheres).	10
	3º (terceiro) grau: O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e de morbidade

Dados antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos	Pontos
Idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há índice de massa corporal (IMC) superior a 40.	2
Há riscos de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	2
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	4
Existem mais de 2 fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	4
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	8

Condições Especiais da cobertura Diária por Incapacidade Temporária

1. Objetivo da Cobertura

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir 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

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula 6 (riscos excluídos) nas 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. Capital Segurado

- 3.1. O capital estará especificado na apólice e/ou contrato e o valor do capital segurado individual estará descrito de forma expressa na apólice/certificado individual de seguro.
- 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

- 4.1. O período de franquia será estabelecido contratualmente, quando aplicável, deverá respeitar o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a conta 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.

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 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.

6. Carência

- 6.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice e será contado a partir do início de vigência individual.
- 6.2. O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por declaração pessoal de saúde e/ou exame médico.
- 6.3. 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.

7. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 e os documentos abaixo:

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) segurado(s);
- B. exames (laboratoriais, radiológicos 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 boletim de ocorrência policial (BO) e/ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), 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;
- O. documentos do estipulante: CNPJ, contrato social e comprovante de endereço do estipulante; contrato de trabalho do segurado; pessoa e telefone para contato; eSocial ou CAGED do mês imediatamente anterior ao sinistro.

8. 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 consolidação das leis do trabalho (CLT), 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

- 1.3.1. 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 consolidação das leis do trabalho (CLT), 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,
- 1.3.2. 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.
- 1.3.3. 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 dele.
- 1.3.4. 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.

2. Riscos Excluídos

- 2.1. Além dos riscos excluídos apresentados no conceito de acidente pessoal no glossário de termos técnicos e da cláusula 6 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.

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” a data indicada no termo de rescisão do contrato de trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

4. Franquia e Carência

- 4.1. **Franquia:** o período 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.
- 4.2. **Carência:** o período 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.

5. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:

- A. formulário “aviso de sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- B. cópias das cédulas de identidade (RG), cadastro de pessoas físicas (CPF) 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.

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 Diária por Internação Hospitalar (DIH)

1. Objetivo da Cobertura

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir ao próprio segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo segurado no caso da sua internação hospitalar, decorrente de acidente ou doença, em caráter estritamente emergencial, deduzida a franquia. Entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas, independente das despesas efetuadas pelo Segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, observados os riscos excluídos e demais disposições destas condições especiais e da proposta de adesão.
- 1.1.1. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 360 (trezentos e sessenta) dias de internação, consecutivas ou não, dentro do período de cada 12 (doze) meses, observada a quantidade de diárias do plano contratado.
- 1.1.2. A contratação desta cobertura não implica em garantia de internação hospitalar. A responsabilidade pela obtenção de vaga para internação em hospital é do próprio segurado, de seus familiares ou de seu acompanhante.
- 1.1.3. A indenização será paga somente **após a alta médica definitiva**, para a contabilização dos dias de internação.

1.2. Definições

Além das definições indicadas na cláusula 2, também se aplicam à presente cobertura, as seguintes definições:

Hospital: instituição legalmente autorizada pelo Ministério da Saúde correspondente, para o diagnóstico, cuidados médicos e cirúrgicos de feridos ou doentes, oferecendo centros cirúrgicos, médicos e enfermeiros certificados, disponíveis 24 (vinte e quatro) horas por dia. Não se entende como estabelecimento hospitalar: casa de saúde, ambulatorios, instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, centro de diagnose, laboratórios, **“day hospital”**, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.

Internação Hospitalar: período de permanência do segurado na instituição hospitalar legalmente habilitada por determinações médicas, resultantes de acidente pessoal ocorrido com ele.

Tratamentos Cirúrgicos: aqueles decorrentes de acidente que exigem ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

Tratamentos Clínicos: aqueles decorrentes de acidente que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicar em ato cirúrgico.

2. Risco Excluídos

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula 6 das condições gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- A. qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- B. ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- C. tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- D. cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;
- E. tratamentos da síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- F. diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;

- G. tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
- H. tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- I. qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
- J. tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- K. tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- L. tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- M. tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- N. tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- O. tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- P. internação domiciliar;
- Q. quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
- R. investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- S. doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.
- T. cirurgia para correção de fimose.

3. Capital Segurado

- 3.1. O capital estará especificado na apólice e/ou contrato e o valor do capital segurado individual estará descrito de forma expressa na apólice/certificado individual de seguro.
- 3.2. O valor de cada diária será estabelecido na proposta de adesão e na apólice do seguro.
- 3.3. O valor a ser indenizado ao segurado será igual ao valor da diária, vezes o número de dias de internação, respeitando o limite de dias contratados e o período de franquia.
- 3.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data da internação hospitalar.
- 3.5. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação, após o período de franquia indicado no item **franquia** desta cobertura adicional, até a data da alta médica, respeitadas as demais disposições contratuais.
- 3.6. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 3.7. **O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.**

4. Franquia

- 4.1. O período de franquia para esta cobertura será estabelecido na apólice e está limitado ao máximo, 15 (quinze) dias e será contado a partir do horário inicial de internação hospitalar estando indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro.

5. Carência

- 5.1. A cobertura de diária por internação hospitalar estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.
- 5.2. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.
- 5.3. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o 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. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
 - B. ficha de cadastro, se funcionário do estipulante;
 - C. documentos do segurado: carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
 - D. número de telefone para contato;
 - E. relatório do médico responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, comprovando o período de internação, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento;
 - F. declaração original do hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo diretor clínico, comprovando causa, data e hora da internação e da alta médica definitiva;
 - G. prontuário médico fornecido pelo hospital;
 - H. boletim de ocorrência policial, se houver;
 - I. carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
 - J. laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário;
 - K. comunicado de acidente de trabalho (CAT), quando obrigatório.
-
- I. Documentos do estipulante
 - A. CNPJ, contrato social e comprovante de endereço do estipulante;
 - B. contrato de trabalho do segurado;
 - C. pessoa e telefone para contato;
 - D. eSocial ou CAGED do mês imediatamente anterior ao sinistro.

8. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Condições Especiais da cobertura Diária por Internação Hospitalar em UTI (DIH-UTI)

1. Objetivo da Cobertura

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir ao próprio segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo segurado no caso da sua internação hospitalar em unidade de terapia intensiva – UTI, decorrente de acidente ou doença, em caráter estritamente emergencial, deduzida a franquia. Entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas, independente das despesas efetuadas pelo segurado, e exclusivamente para tratamentos em unidade terapia intensiva – UTI que não possam ser realizados em regime de internação hospitalar, regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, observados os riscos excluídos e demais disposições destas condições especiais e da proposta de adesão.
- 1.1.1. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em até 360 (trezentos e sessenta) dias de Internação em unidade de terapia intensiva – UTI, consecutivas ou não, dentro do período de cada 12 (doze) meses, observada a quantidade de diárias do plano contratado, que estará especificado na apólice/certificado individual.
- 1.1.2. A contratação desta cobertura não implica em garantia de internação hospitalar. A responsabilidade pela obtenção de vaga para internação em hospital é do próprio segurado, de seus familiares ou de seu acompanhante.
- 1.1.3. A indenização será paga somente **após a alta médica definitiva**, para a contabilização dos dias de internação.

2. Riscos Excluídos

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula 6 das condições gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- A. qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- B. ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- C. tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, exceto em caso de acidentes;
- D. cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro;
- E. tratamentos da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
- F. diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- G. tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
- H. tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- I. qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
- J. tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- K. tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- L. tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- M. tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- N. tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- O. tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- P. internação domiciliar;
- Q. quaisquer procedimentos efetuados em ambulatório;
- R. investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- S. doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”;
- T. cirurgia para correção de fimose.

3. Capital Segurado

- 3.1. O capital estará especificado na apólice e/ou contrato e o valor do capital segurado individual estará descrito de forma expressa na apólice/certificado individual de seguro.
- 3.2. O valor de cada diária será estabelecido na proposta de adesão e na apólice do seguro.
- 3.3. O valor a ser indenizado ao segurado será igual ao valor da diária, vezes o número de dias de internação, respeitando o limite de dias contratados e o período de franquia.
- 3.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data da internação em unidade de terapia intensiva (UTI).
- 3.5. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em hospital, exclusivamente na unidade de terapia intensiva (UTI), a contar do 1º (primeiro) dia de internação em UTI, após o período de franquia indicado no item **franquia** desta cobertura adicional, até a data da alta médica, respeitadas as demais disposições contratuais.
- 3.6. É proibida a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares realizadas pelo segurado.
- 3.7. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

4. Franquia

- 4.1. O período de franquia para esta cobertura será estabelecido na apólice e está limitado ao máximo, 4 (dias) dias e será contado a partir do horário inicial de internação hospitalar em unidade de terapia intensiva – UTI, estando indicado na apólice e/ou certificado individual e/ou contrato de seguro.

5. Carência

- 5.1. A cobertura de diária por internação hospitalar em UTI, estará sujeita ao período de carência de 90 (noventa) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura.
- 5.2. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.
- 5.3. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o 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. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- B. ficha de cadastro, se funcionário do estipulante;
- C. documentos do segurado: carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
- D. número de telefone para contato;

- E. relatório do médico responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, comprovando o período de internação, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento;
- F. declaração original do hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo diretor clínico, comprovando causa, data e hora da internação e da alta médica definitiva;
- G. prontuário médico fornecido pelo hospital;
- H. boletim de ocorrência policial, se houver;
- I. carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- J. laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário;
- K. comunicado de acidente de trabalho (CAT), quando obrigatório.

- I. Documentos do estipulante
- A. CNPJ, contrato social e comprovante de endereço do estipulante;
- B. contrato de trabalho do segurado;
- C. pessoa e telefone para contato;
- D. eSocial ou CAGED do mês imediatamente anterior ao sinistro.

8. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Condições Especiais da cobertura de Doenças Graves

1. Objetivo da Cobertura

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir ao próprio segurado, o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratadas para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições contratuais.
- 1.2. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, tanto para situações de correlação entre elas ou se originadas do mesmo evento.
- 1.3. Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas:

Acidente Vascular Cerebral (AVC ou derrame): obstrução aguda da circulação sanguínea cerebrovascular causada por obstrução do fluxo sanguíneo ou hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, distúrbio cognitivo e parestesia e/ou plegias). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética ou exame de líquido. Deverá ser provada a existência de déficit neurológico nos últimos 3 (três) meses.

Carcinoma ou Câncer: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame citológico e histológico conclusivo. O termo câncer também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a doença ou linfoma de Hodgkin.

Cirurgia Coronariana: realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosadas ou ocluídas, com implante de ponte(s) vascular(es) na artéria coronária(s). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.

Infarto Agudo do Miocárdio: é a morte de qualquer parte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e o diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de: alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG); elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) ou ecocardiograma ou cintilografia miocárdica.

Insuficiência Renal: etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

Transplante de Órgãos: necessidade médica do segurado de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: fígado, coração, pulmão, pâncreas, rim ou medula óssea.

- 1.4. O diagnóstico das doenças ou a realização dos procedimentos destacados acima, deverão ser comprovados por relatório emitido por médico especialista pela 1ª (primeira) vez em data posterior ao início de vigência da cobertura da apólice, por meio de resultado de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico-científica, além dos documentos indicados no item **Procedimentos em Caso de Sinistro**, destas condições especiais.

- 1.5. Após o pagamento da indenização por uma das doenças graves ou procedimentos previstos, esta cobertura será extinta. Não há reintegração do capital segurado, portanto, somente haverá garantia desta cobertura para o 1º (primeiro) diagnóstico de uma das doenças ou procedimento previstos nestas condições especiais, estando excluída, em toda e qualquer hipótese se ocorrerem a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença ou procedimento.
- 1.6. Serão consideradas como mesmo evento, as patologias relacionadas às doenças graves e aos procedimentos previstos nesta cobertura, que sejam reincidentes durante a vigência da apólice e suas consequências e/ou aquelas consideradas agravos clínicos da doença primária.
- 1.7. Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2. Riscos Excluídos

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula 6 das condições gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

Acidentes Vascular Cerebral (AVC ou derrame)

- A. ataques isquêmicos transitórios (AIT);
- B. qualquer outra alteração neurológica, não resultante de acidente vascular cerebral;
- C. hemorragia cerebral causada por acidente pessoal;
- D. hemorragia cerebral causada por tumores;
- E. hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
- F. obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
- G. sintomas neurológicos causados por enxaquecas.

Carcinoma ou Câncer

- A. todos os cânceres de pele, exceto o melanoma maligno;
- B. sarcoma de kaposi e outros tumores relativos à aids;
- C. leucemia crônica (leucemia linfóide crônica e leucemia mieloide crônica);
- D. neoplasias benignas;
- E. carcinoma não invasivo (carcinoma "in situ") e qualquer grau de neoplasia intraepitelial cervical (nic);
- F. tumores ou lesões descritas como pré-malignas;
- G. câncer de próstata com escore de gleason inferior a 8 pontos ou inferior a t2nomo pela classificação tnm;
- H. qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência da apólice e cuja recidiva ou invasão ocorra nos 30 (trinta) dias após o início de vigência.

Cirurgia Coronariana

- A. angioplastia;
- B. cirurgia minimamente invasiva de revascularização do miocárdio (cirurgia tipo "key-hole").

Infarto Agudo do Miocárdio

- A. os infartos do miocárdio antigos demonstrados através de cintilografia miocárdica, ecocardiograma ou eletrocardiograma;
- B. todas as anginas de peito, incluindo angina estável e instável;
- C. infarto do miocárdio sem elevação do segmento st no eletrocardiograma com elevação da troponina "i" ou "t";
- D. outras síndromes coronarianas agudas.

Insuficiência Renal

- A. Doenças renais que não necessitem de tratamento com diálise ou hemodiálise.

Transplante de Órgãos

- A. transplantes dos demais órgãos não listados nestas condições especiais;
- B. transplante de pele;
- C. transplante de células tronco;
- D. transplante de células-beta do pâncreas;
- E. autotransplante (transplante de partes do indivíduo em si próprio), exceto de medula óssea;
- F. colocação coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando se a colocação de coração humano no futuro;
- G. transplante de quaisquer órgãos não-humanos.

3. Capital Segurado

- 3.1. O capital estará especificado na apólice e/ou contrato e o valor do capital segurado individual estará descrito de forma expressa na apólice/certificado individual de seguro.
- 3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do primeiro diagnóstico da doença confirmado por exames, exceto para transplante de órgãos, que será considerada como data do evento a data do transplante efetivamente realizado e no caso de cirurgia de coronária será considerada como data do evento a data da cirurgia.
- 3.3. Com o recebimento da indenização pela cobertura de doenças graves, por qualquer uma das doenças graves coberta, a cobertura estará automaticamente cancelada.

4. Início e Término de Vigência

- 4.1. 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.

5. Carência

A cobertura de doenças graves estará sujeita ao período de carência de até 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data de início de vigência da cobertura e deverá ser especificado na apólice/certificado individual.

6. Franquia

A cobertura de doenças graves estará sujeita ao período de franquia de 30 (trinta) dias, caracterizado período de sobrevivência entre a data do diagnóstico da doença e a data para indenização do seguro.

7. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:

Acidente Vascular Cerebral (AVC e derrame)

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- B. relatório médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a)segurado(a);
- C. laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia;
- D. exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética entre outros).

Carcinoma ou Câncer

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- B. relatório médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a)segurado(a);

- C. laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia, contendo o resultado do exame anatomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico;
- D. cópia do exame anatomopatológico que comprove o diagnóstico de câncer;
- E. laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso);
- F. laudo do perito médico, quando solicitado pela seguradora.

Cirurgia Coronariana

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- B. relatório médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
- C. laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca, contendo a data da cirurgia.

Infarto Agudo do Miocárdio

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- B. relatório médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
- C. laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrado por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: eletrocardiograma com alterações recentes e elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) ou ecocardiograma ou cintilografia cardíaca, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.

Insuficiência Renal

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- B. relatório médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
- C. laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia, contendo a data do início do tratamento dialítico;
- D. exames complementares apropriados.

Transplante de Órgãos

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- B. relatório médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
- C. laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados, com recomendação de transplante contendo a data de inclusão do segurado na lista de transplante, feita por médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.
- I. Documentos do estipulante
 - A. CNPJ, contrato social e comprovante de endereço do estipulante;
 - B. contrato de trabalho do segurado;
 - C. pessoa e telefone para contato;
 - D. eSocial ou CAGED do mês imediatamente anterior ao sinistro.

8. Ratificação

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

Condições Especiais da cobertura de Doença Terminal

1. Objetivo da Cobertura

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura, tem por objetivo garantir ao segurado, após o período de carência, a antecipação do capital segurado contratado de morte, em caso de diagnóstico de doença em estágio terminal durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado na apólice/certificado individual.
- 1.2. Considera-se portador de doença em fase terminal o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos e que apresente uma expectativa de sobrevida não superior a 6 (seis) meses.
- 1.3. O pagamento da Indenização relativa a esta cláusula extingue e cancela automaticamente este seguro, independentemente da cobrança do prêmio.
- 1.4. Para fins desta cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da constatação médica do estágio terminal do segurado durante a vigência da apólice/certificado individual comprovando que o quadro clínico indica estado grave e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos médicos/terapêuticos disponíveis, comprovados por documentação médica pertinente e reconhecida pela seguradora.

1.5. Elegibilidade

- 1.5.1. São elegíveis para a cobertura de doença terminal as pessoas físicas, que possuam vínculo com o estipulante e que se encontrem em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

2. Riscos Excluídos

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula – **riscos excluídos** das condições gerais, salvo disposição contrária estão também excluídos:

- A. eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
- B. coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;
- C. toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos;
- D. doenças agravadas por traumatismos.

3. Carência

- 3.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 2 (dois) anos ou metade do prazo de vigência do certificado, o que for menor.
- 3.2. O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por declaração pessoal de saúde e/ou por exame médico.

4. Procedimentos em caso de sinistro

4.1. Cálculo da Indenização

Não será paga Indenização com base em diagnóstico ou declaração feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

4.2. Documentos básicos em caso de sinistro

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na cláusula – **procedimentos em caso de sinistros**, item – documentos básicos em caso de sinistros das condições gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- A. formulário “aviso de sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante;

- B. formulário “autorização para crédito de indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- C. cópias do RG (cédula de identidade), CPF (cadastro de pessoas físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- D. declaração médica expedida pelo médico que atendia regularmente o segurado registrando o diagnóstico, tratamento realizado e o quadro clínico, estabelecendo data a partir da qual a evolução da doença justifica o enquadramento em estado terminal;
- E. resultados de exames complementares realizados que comprovam o estágio terminal do quadro clínico e de comprometimento irreversível sem possibilidade de recuperação com os recursos terapêuticos disponíveis.
- F. caso o segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o termo de curatela, RG, CPF e comprovante de residência do curador nomeado;
- G. cópia da ficha de registro do empregado, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- H. cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
- I. cópia da conta da concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do sinistro, quando tratar-se de apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de conta de concessionária;
- J. cópia do comprovante de quitação da conta da concessionária indicada no item anterior.

5. Rescisão e Cancelamento

- 5.1. Além do disposto na cláusula – rescisão e cancelamento das condições gerais a cobertura do risco a que se refere esta cláusula cessa ainda:

Para o segurado

- A. quando o segurado atingir a idade máxima estabelecida contratualmente.
- B. por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura de morte, o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura extingue imediata e automaticamente para o caso de morte, bem como o contrato de seguro. Nesta hipótese, os prêmios pagos após a data do evento serão devolvidos, atualizados monetariamente e o Seguro automaticamente cancelado.

6. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições deste contrato de seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Condições Especiais da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

1. Objetivo da Cobertura

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento sob orientação médica, exclusivamente decorrentes de acidente pessoal coberto, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do capital segurado e observadas as demais condições contratuais.
- 1.2. Consideram-se despesas médicas, hospitalares e odontológicas aquelas efetuadas pelo segurado, para seu tratamento sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente. Estão cobertas as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares incorridas a critério médico e necessárias para o restabelecimento do segurado, observados os critérios a seguir:
 - A. cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;
 - B. desde que preservada a livre escolha, a seguradora pode estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, para facilitar a prestação da assistência ao segurado.
- 1.3. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

2. Riscos Excluídos

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula 6 – riscos excluídos das condições gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- A. Aquisição, instalação ou manutenção de aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- B. prática pelo segurado, mesmo que por indicação médica para auxiliar na recuperação de lesões decorrentes de acidente, de fisioterapia, natação, ginástica, musculação, hidroginástica, hidroterapia, Reeducação Postural Global – RPG, holping e terapia ocupacional;
- C. utilização de aparelhos tensores ou estabilizadores de material sintético;
- D. danos estéticos;
- E. estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- F. internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados.

3. Capital Segurado

- 3.1. O capital estará especificado na apólice e/ou contrato e o valor do capital segurado individual estará descrito de forma expressa na apólice/certificado Individual de seguro.
- 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 deu origem ao sinistro.
- 3.3. A reintegração do capital é automática após cada acidente, até o valor indenizado, não havendo a reintegração para danos causados em virtude do mesmo evento.

4. Início e Término da Cobertura

- 4.1. 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.

5. Procedimentos em caso de sinistro

- 5.1. Ratificam-se os termos da Cláusula 13 – procedimentos em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:
- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
 - B. relatório médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu com a indicação do CRM, atestando as características das lesões sofridas e exames médicos que estejam relacionados com as lesões/sequelas;
 - C. originais da nota fiscal havidas com acidente e as despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
 - D. cópia do RG/RNE e CPF do contratante da nota fiscal;
 - E. cópia do comprovante de residência em nome do contratante da nota fiscal. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
 - F. boletim de ocorrência policial, se houver;
 - G. laudo de exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- I. Documentos do estipulante
 - A. CNPJ, contrato social e comprovante de endereço do estipulante;
 - B. contrato de trabalho do segurado;
 - C. pessoa e telefone para contato;
 - D. eSocial ou CAGED do mês imediatamente anterior ao sinistro.
- 5.2. A seguradora indenizará as despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas incorridas, a critérios médicos, necessários para o restabelecimento do segurado, observados o limite máximo de indenização indicado na apólice e/ou no certificado individual e/ou no contrato de seguro.
- 5.3. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda, da data do efetivo pagamento efetuado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela seguradora, quando da liquidação do sinistro.

6. Concorrência de Apólice

- 6.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado em consequência do respectivo evento coberto.
- 6.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:
- 6.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado e limite máximo de indenização da cobertura;
 - 6.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 6.2.1 desta cláusula.
 - 6.2.3. Se a quantia a que se refere o item 6.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver.
 - 6.2.4. Se a quantia estabelecida no item 6.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

7. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Condições Especiais da cobertura de Complemento em caso de Afastamento por Acidente de Trabalho

1. Objetivo da Cobertura

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização, a título de apoio financeiro ao empregado e/ou ao empregador, em caso de afastamento acidentário laborativo do empregado que estiver em gozo do benefício de auxílio-doença acidentário concedido pelo órgão responsável, desde que o afastamento seja em consequência de acidente típico ou do trajeto, mediante registro no comunicação de acidente de trabalho (CAT), exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das condições gerais e as demais disposições contratuais.
- 1.2. As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de franquia, limitado ao capital segurado contratado e a distribuição deste capital entre o empregado e empregador, quando aplicável.
- 1.3. Caso ocorra o afastamento acidentário laborativo por agravamento do evento coberto já indenizado, não haverá cobertura.
- 1.4. **Definição**
- 1.5. **Acidente Laborativo:** é o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço do empregador e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho.
- 1.6. **Acidente Típico:** acidente que ocorre a serviço da empresa.
- 1.7. **Acidente do Trajeto:** acidente que ocorre no percurso residência ou refeição para o local de trabalho e vice-versa.
- 1.8. **Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT):** é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto bem como uma doença ocupacional.

2. Riscos Excluídos

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula 6 – riscos excluídos das condições gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- A. acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- B. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- C. eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- D. eventos em que o período do afastamento acidentário laborativo do segurado seja inferior a franquia estabelecida no contrato e certificado e que não resultem em benefício de auxílio-doença acidentário da previdência social;
- E. eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;
- F. os eventos ocorridos anteriores a vigência do seguro, bem como os ocorridos durante a sua vigência, que tenham provocado a necessidade de comunicação da reabertura do CAT ao INSS.

3. Capital Segurado

- 3.1. O capital estará especificado na apólice e/ou contrato e o valor do capital segurado individual estará descrito de forma expressa na apólice/certificado individual de seguro.
- 3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” primeiro dia do afastamento do segurado das atividades laborativas por ele exercidas, em decorrência exclusiva de acidente típico ou de trajeto coberto.
- 3.3. O valor do capital segurado será estabelecido na apólice e no certificado individual e em nenhuma hipótese será indenizado valores superiores a remuneração mensal do segurado.
- 3.4. Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

- 3.5. Não haverá reintegração de capital para casos de CAT reabertura, ou seja, quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão, acidente comunicado anteriormente ao INSS.

4. Início e Término da Cobertura

- 4.1. 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.

5. 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.

6. Franquia

- 6.1. O período de franquia será estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do segurado, por determinação médica.
- 6.2. As indenizações previstas nesta cobertura serão devidas a partir do primeiro dia após o término do período de franquia.

7. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 – procedimentos em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- B. cópias do RG (cédula de identidade) e cadastro de pessoas físicas (CPF) do segurado;
- C. cópia do registro da comunicação de acidente do trabalho (CAT), que conste o tipo 1 – típico ou 3 – trajeto;
- D. cópia dos documentos de comprovação de vínculo empregatício (ficha de registro de empregado ou carteira de trabalho e previdência social (CTPS) ou GFIP/SEFIP página onde consta o nome do segurado e do totalizador de funcionários);
- E. cópia do holerite do mês do afastamento
- F. cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do segurado junto a Previdência Social – INSS;
- G. declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento;
- H. cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver.
- I. Documentos do estipulante
- A. CNPJ, contrato social e comprovante de endereço do estipulante;
- B. contrato de trabalho do segurado;
- C. pessoa e telefone para contato;
- D. eSocial ou CAGED do mês imediatamente anterior ao sinistro.

8. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Condições Especiais da cobertura de Rescisão Trabalhista

1. Objetivo da Cobertura

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir o reembolso ao estipulante das despesas com a rescisão do contrato de trabalho com o segurado, exclusivamente em caso de falecimento do segurado, decorrente de eventos de causas naturais (doença) ou acidentes pessoais cobertos durante o período de vigência do seguro, limitado ao capital segurado contratado.

2. Riscos Excluídos

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula 6 – riscos excluídos das condições gerais, não estão garantidos pela presente cobertura:

- A. quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como, mas não se limitando a empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias, academias, entre outros), associações com grêmios, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos.
- B. quaisquer tipos de multas, juros ou encargos devidos pelo atraso no pagamento das verbas rescisórias devidas pelo estipulante;
- C. quaisquer tipos de custas judiciais, mesmo que relacionadas à propositura de ação de consignação em pagamento;
- D. quaisquer pagamentos efetuados em juízo ou extrajudicialmente, pelo estipulante, a herdeiros do segurado que questionem o pagamento das verbas rescisórias já efetuado administrativamente.

3. Capital Segurado

- 3.2. O capital estará especificado na apólice e/ou contrato e o valor do capital segurado individual estará descrito de forma expressa na apólice/certificado individual de seguro.
- 3.3. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do segurado.
- 3.4. A cobertura somente poderá ser contratada por pessoas que possuam vínculo empregatício sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) com o estipulante.
- 3.5. A indenização paga ao estipulante, a título de verba rescisória, será feita de uma única vez.

4. Início e Término da Cobertura

- 4.1. 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.

5. 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.

6. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 – procedimentos em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:

- I. Morte decorrente de doença:
 - A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
 - B. cópia da certidão de óbito do segurado;
 - C. exames e laudos complementares que comprove a data do diagnóstico da doença (se houver);
 - D. cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
 - E. comprovante de indicação de beneficiário(s) assinado pelo segurado.

- II. Morte decorrente de acidente:
 - A. cópia do boletim de ocorrência policial e/ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), se houver;
 - B. cópia do laudo do necroscópico – Instituto Médico Legal (IML), se realizado;
 - C. cópia da carteira nacional de habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
 - D. cópia do laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado(s);
 - E. cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

- III. Documentos do estipulante:
 - A. CNPJ, contrato social e comprovante de endereço do estipulante;
 - B. contrato de trabalho do segurado;
 - C. termo de rescisão do contrato de trabalho;
 - D. pessoa e telefone para contato;
 - E. CAGED do mês imediatamente anterior ao sinistro.

7. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Condições Especiais da cobertura de Auxílio Cesta Básica

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s), a título de auxílio para a aquisição de alimentos, em caso de falecimento do segurado, decorrente de eventos de causas naturais (doença) ou acidentes pessoais cobertos durante o período de vigência do seguro, limitado ao capital segurado contratado.

1.2. O pagamento poderá ser efetuado por meio de crédito em cartão-eletrônico, se estabelecido na proposta de contratação e/ou adesão.

2. Riscos Excluídos

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados na cláusula 6 – riscos excluídos das condições gerais.

3. Capital Segurado

3.1. O capital estará especificado na apólice e/ou contrato e o valor do capital segurado individual estará descrito de forma expressa na apólice/certificado individual de seguro.

3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do segurado.

3.3. De acordo com o estabelecido contratualmente, a indenização poderá ser paga em espécie, por meio do fornecimento de cestas de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético.

4. Início e Término da Cobertura

4.1. 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.

5. Carência

5.1. 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 franquias das condições gerais

6. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 – procedimentos em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:

- I. Morte decorrente de doença:
 - A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
 - B. cópia da certidão de óbito do segurado;
 - C. exames e laudos complementares que comprove a data do diagnóstico da doença (se houver);
 - D. cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
 - E. comprovante de indicação de beneficiário(s) assinado pelo segurado.

II. Morte decorrente de acidente:

Além dos documentos relacionados acima (I. Morte decorrente de doença), providenciar:

- A. cópia do boletim de Ocorrência Policial e/ou Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), se houver;
- B. cópia do laudo do necroscópico – Instituto Médico Legal (IML), se realizado;
- C. cópia da carteira nacional de habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- D. cópia do laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado(s);
- E. cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

7. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Condições Especiais da cobertura de Auxílio Creche

1. Objetivo da Cobertura

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir ao responsável legal do menor, o pagamento até o limite do capital contratado a título de auxílio creche, decorrente do falecimento do segurado, seja de causas naturais (doença) ou acidentes pessoais cobertos pelo seguro, durante o período de vigência, exceto se a morte do segurado for decorrente de riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.
- 1.2. Os limites referentes a idade do(s) filho(s) que serão abrangidos por esta cobertura, serão especificados na apólice e no certificado individual.

2. Riscos Excluídos

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados na cláusula 6 – riscos excluídos das condições gerais.

3. Capital Segurado

- 3.1. O capital estará especificado na apólice e/ou contrato e o valor do capital segurado individual estará descrito de forma expressa na apólice/certificado individual de seguro.
 - 3.1.1. O valor do capital segurado é a importância máxima a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, independentemente da quantidade de filhos do segurado.
- 3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do segurado.

4. Início e Término da Cobertura

- 4.1. 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.

5. 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.

6. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 – procedimentos em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:

- I. Morte decorrente de doença:
 - A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
 - B. cópia da certidão de óbito do segurado;
 - C. exames e laudos complementares que comprove a data do diagnóstico da doença (se houver);
 - D. cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
 - E. comprovante de indicação de beneficiário(s) assinado pelo segurado.
- II. Morte decorrente de acidente:

Além dos documentos relacionados acima, providenciar:

- A. cópia do boletim de ocorrência policial e/ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), se houver;
 - B. cópia do laudo do Necroscópico – Instituto Médico Legal (IML), se realizado;
 - C. cópia da carteira nacional de habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
 - D. cópia do laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado(s);
 - E. cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.
- III. Documentos do estipulante:
- A. CNPJ, contrato social e comprovante de endereço do estipulante;
 - B. contrato de trabalho do segurado;
 - C. pessoa e telefone para contato;
 - D. eSocial ou CAGED do mês imediatamente anterior ao sinistro.

7. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Condições Especiais da cobertura de Doença Congênita de Filhos

1. Objetivo da Cobertura

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado individual contratado em decorrência do nascimento de filho do segurado com vida, portador de doença congênita coberta, desde que o nascimento do filho e a constatação da doença congênita ocorram durante a vigência do seguro, respeitado o limite do capital segurado e observadas as demais condições contratuais.
- 1.2. Estão cobertas, exclusivamente, as seguintes doenças congênitas:
- A. malformação do sistema nervoso;
 - B. malformação do coração e de grandes vasos;
 - C. malformação da traqueia e dos pulmões;
 - D. malformação do aparelho digestivo;
 - E. malformação dos rins ou do aparelho geniturinário;
 - F. malformação dos membros superiores e inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
 - G. anomalias cromossômicas síndrome de down e síndrome de turner;
 - H. malformação dos órgãos sensoriais da visão e da audição;
 - I. fenda labial e fenda palatina;
 - J. anomalias dentofaciais.

2. Riscos Excluídos

Além das exclusões apresentadas na cláusula 6 – riscos excluídos das condições gerais deste seguro, não estão abrangidos por esta cobertura:

- A. os eventos decorrentes, direta ou indiretamente do parto ou aborto e suas consequências;
- B. doença congênita do filho que já era de conhecimento do segurado quando da contratação deste seguro e este não informar.

3. Capital Segurado

- 3.1. O capital segurado, conforme definido nas condições gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado em caso de sinistro coberto.
- 3.2. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatada doença congênita para um ou mais filhos, o capital segurado será pago integralmente para cada filho nascido com doença congênita.
- 3.3. Para efeito de determinação do capital segurado desta cobertura, será considerada como data do evento a data do nascimento do filho com doença congênita.
- 3.4. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos serão segurados apenas uma vez, considerando-se dependentes do cônjuge de maior capital segurado, sendo este denominado “segurado principal” para efeito desta cláusula.

4. Beneficiário(s)

O beneficiário desta cobertura será o segurado principal.

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 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.

6. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 – procedimentos em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:

- I. Documentos do filho(a) do segurado(a):
 - A. certidão de nascimento;
 - B. relatório do médico responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, indicando a patologia e data em que esta foi oficialmente diagnosticada e detalhando o quadro clínico;
 - C. documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do diagnóstico da doença), incluindo laudos e resultados de exames.
- II. Documentos do(a) segurado(a) principal:
 - A. ficha de cadastro, se funcionário do estipulante;
 - B. carteira de identidade ou equivalente, CPF (ou outro documento que indique seu número) e comprovante de residência (conta de luz, água, gás ou telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias);
 - C. 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 de Despesas Diversas

1. Riscos Cobertos

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado, exclusivamente, decorrente do falecimento do segurado de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do capital segurado e observadas as demais condições contratuais.
- 1.2. Esta cobertura, não poderá ser contratada para menores de 14 (quatorze) anos.

2. Riscos Excluídos

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados na cláusula 6 – riscos excluídos das condições gerais deste seguro.

3. Capital Segurado

- 3.1. O capital segurado, conforme definido nas condições gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao beneficiário em caso de sinistro coberto e deverá ser especificado na apólice.
- 3.2. 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.

4. 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/certificado individual e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por declaração pessoal de saúde e/ou por exame médico. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

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 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.

6. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 – procedimentos em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:

- I. Morte decorrente de doença:
 - A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
 - B. cópia da certidão de óbito do segurado;
 - C. exames e laudos complementares que comprove a data do diagnóstico da doença (se houver);
 - D. cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de apólice coletiva, cujo vínculo prévio seja empregatício;
 - E. comprovante de indicação de beneficiário(s) assinado pelo segurado.
- II. Morte decorrente de acidente:

Além dos documentos relacionados acima, providenciar:

- A. cópia do boletim de ocorrência policial e/ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), se houver;
- B. cópia do laudo do necroscópico – Instituto Médico Legal (IML), se realizado;
- C. cópia da carteira nacional de habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- D. cópia do laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado(s);
- E. cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

7. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Condições Especiais da cobertura de Adaptação Casa Veículo

1. Riscos Cobertos

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura garante o reembolso das despesas havidas com a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado do seguro venha, por determinação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos desta cláusula, das condições gerais e as demais disposições do seguro.
- 1.2. As despesas com a referida adequação supra devem ter ocorrido em até 18 (dezoito) meses a contar do acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice.
- 1.3. A contratação dessa cobertura está condicionada a contratação simultânea da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente.

2. Riscos Excluídos

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados na cláusula 6 – riscos excluídos das condições gerais deste seguro.

3. Definições

- 3.1. Para fins de esclarecimento e entendimento desta cobertura aplicam-se as seguintes definições:

Alteração de casa: todas as mudanças na residência habitual do segurado do seguro que são necessárias para tornar o local de moradia acessível e habitável para ele diante da ocorrência do acidente pessoal coberto.

Modificação de veículo: todas as alterações no veículo de uso particular do segurado do seguro que são necessárias para tornar o veículo acessível para que o segurado possa guiá-lo.

Residência habitual: residência onde o segurado do seguro more de forma habitual. Não são consideradas como residência habitual as casas de veraneio do segurado.

Veículo particular: veículo automotor de 4 (quatro) rodas, com capacidade máxima para 9 (nove) passageiros, fabricado para andar em ruas e rodovias públicas.

4. Capital Segurado

- 4.1. O capital segurado, conforme definido nas condições gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao beneficiário em caso de sinistro coberto e deverá ser especificado na apólice.
- 4.2. Para efeito de determinação do capital segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

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 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.

6. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 – procedimentos em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- B. cópia do boletim de ocorrência policial (BO) e/ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), se houver;
- C. cópia da carteira nacional de habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- D. cópia do laudo do exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se realizado(s);
- E. relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, e a necessidade da adequação de casa ou modificação do veículo de uso particular, informando sempre se o paciente se encontra em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo segurado;
- F. declaração de residência habitual e comprovante de residência do mês anterior ao sinistro;
- G. certidão de propriedade do veículo;
- H. laudo, emitido pela empresa responsável pelas adequações com o detalhamento dos serviços prestados;
- I. notas fiscais originais para comprovação dos gastos.

7. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Condições Especiais da cobertura de Auxílio Natalidade

1. Riscos Cobertos

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura garante ao segurado do seguro, o pagamento do capital segurado contratado, a título de auxílio natalidade, em razão do nascimento de filho(s) com vida, ocorridos durante a vigência do risco individual, respeitado o limite do capital segurado e observadas as demais condições contratuais.
- 1.2. Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido no contrato, para cada filho do segurado nascido durante o período de vigência do contrato.

2. Riscos Excluídos

- 2.1. Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula 6 – riscos excluídos das condições gerais deste seguro, estão excluídos desta cláusula:
 - A. nascimentos fora da vigência do seguro;
 - B. natimorto;
 - C. adoção.

3. Definição

- 3.1. Para fins dessa cobertura, considera-se ainda, além das definições de termos técnicos da cláusula 2 – definições das condições gerais, as definições a seguir:
- 3.2. Nascidos vivos: quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.
- 3.3. Natimorto: é a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

4. Capital Segurado

- 4.1. O capital segurado, conforme definido nas condições gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao beneficiário em caso de sinistro coberto e deverá ser especificado na apólice.
- 4.2. Para efeito de determinação do capital segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do nascimento do filho.

5. 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/certificado individual e será contado a partir do início de vigência individual.

O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por declaração pessoal de saúde e/ou por exame médico. para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

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. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os termos da cláusula 13 – procedimentos em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:

- A. formulário “aviso de sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s) e relatório do médico assistente;
- B. certidão de nascimento do(s) filho(s).

8. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.

Condições Especiais da cobertura de Decessos Individual ou Familiar

1. Riscos Cobertos

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura garante a prestação de serviços com o funeral ou reembolso das despesas de funeral no caso da morte do segurado, seus dependentes ou agregados, de acordo com o plano de cobertura contratado, 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 condições contratuais.
- 1.2. A prestação de serviços ou o pagamento de reembolso de despesas com funeral não caracteriza o direito à cobertura de morte como risco coberto pelo seguro. A indenização da cobertura de morte estará sujeita a análise da documentação e demais circunstâncias da ocorrência do sinistro, respeitadas as demais cláusulas contratuais.
- 1.3. Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada com o prestador de serviço de assistência, a indenização será na forma de reembolso.
- 1.4. No caso da opção pelo reembolso, serão reembolsadas as despesas relacionadas diretamente ao sepultamento ou cremação do segurado, seus dependentes ou agregados, de acordo com o plano de cobertura contratado, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais (cópias autenticadas) contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, exceto as despesas relacionadas à aquisição, locação e manutenção de jazigo.
- 1.5. No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de assistência funeral, não haverá qualquer direito a reembolso posterior.
- 1.6. No caso da opção pela utilização da prestação de serviços de assistência funeral, os serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da central de atendimento de serviços de assistências (número de telefone indicado na proposta de contratação e apólice) pelos familiares e/ou beneficiários, que solicitará as seguintes informações:
 - A. Nome do segurado;
 - B. CPF.
- 1.6.1. Para planos abrangendo dependentes ou agregados, além das informações do segurado acima, deverá informar:
 - A. nome do sinistrado e grau de parentesco;
 - B. CPF;
 - C. Comprovante do grau de parentesco.
- 1.7. Confirmados os dados do segurado ou do sinistrado e estando o seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.
- 1.8. Para que ocorra a prestação do serviço de funeral, fica acordado que o familiar do segurado deverá obrigatoriamente entregar ao prestador as cópias das seguintes documentações:
 - A. declaração de óbito (ou certidão de óbito);
 - B. RG e CPF do segurado e do sinistrado em caso de planos com abrangência de dependentes ou agregados.
- 1.9. O serviço de assistência funeral garante, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:
 - A. urna: de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação com flores da época e véu simples para cobrir o corpo;
 - B. veículo: carro fúnebre dentro do município de residência;
 - C. véu: véu simples para cobrir o corpo;
 - D. capela: locação em salas velatórias públicas. Caso seja realizado em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas;

- E. cremação: serviço executado apenas nas cidades que possuem disponibilidade para a realização. A assistência arcará com os custos equivalentes aos dos crematórios públicos, caso a família opte pelo serviço particular. As cinzas serão encaminhadas para a cidade domiciliar da família. As despesas com passagens e hospedagem para o acompanhamento da cerimônia de cremação correrão por conta da família;
- F. documentação: registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito;
- G. flores: 01 (uma) coroa de flores média e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório;
- H. preparação do Corpo: banho, barba, vestimenta (ato de vestir), e entre outras (higienização básica mais preparação e tamponamento);
- I. presença: livro ou folha para assinaturas;
- J. parâmetros: jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona;
- K. sepultamento: em túmulo (ou jazigo) no jazigo da família com pagamento da taxa de sepultamento, desde que ela seja compatível com os custos da taxa dos cemitérios públicos.
- L. jazigo: caso o segurado não possua jazigo ou sepultura, a seguradora garantirá a locação de cemitério e jazigo por um período máximo de 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Após este período a locação fica sob responsabilidade dos familiares. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios a vontade da seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima;
- M. traslado: transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada. A assistência determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local. O traslado será fornecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do cliente (a), constante na apólice; caso o óbito ocorra dentro do município de residência não será fornecido este serviço. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família;
- N. transmissão de mensagens urgentes: a assistência transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do(a) cliente.

2. Riscos Excluídos

- 2.1. Além das exclusões apresentados na cláusula 6 – riscos excluídos das condições gerais deste seguro, estão excluídos desta cláusula:
 - A. aquisição de jazigo;
 - B. a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

3. Capital Segurado

- 3.1. Capital segurado, conforme definido nas condições gerais deste seguro, representa o máximo a ser indenizado ao beneficiário 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 óbito do segurado.
- 3.3. Essa cobertura poderá ser contratada nas seguintes opções:
 - A. funeral individual: garante o reembolso ou os serviços de assistência exclusivamente para o segurado principal do seguro;
 - B. funeral familiar: garante o reembolso ou os serviços de assistência para o segurado principal do seguro, seu cônjuge e filhos;
 - C. funeral familiar ampliado: garante o reembolso ou os serviços de assistência para o segurado principal do seguro, seu cônjuge, filhos, pai, mãe, sogro e sogra.
- 3.3.1. Para fins desta cobertura, deve ser considerado:
 - A. cônjuge: é a(o) esposa(o) do segurado(a): o(a) companheiro(a) equipara-se ao cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do sinistro;
 - B. filhos: são considerados para fins desse seguro, o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do segurado, conforme regra estabelecida pela receita federal para o imposto sobre a renda (IRPF);

- C. pai, mãe, sogro e sogra – desde que considerado(s) dependente(s) do segurado conforme regra estabelecida pela receita federal para o imposto sobre a renda (IRPF).

4. Beneficiário

- 4.1. Será a pessoa física ou jurídica que, mediante apresentação de comprovantes originais, tiver realizado o pagamento das despesas com o funeral, observado o capital segurado.

5. Procedimentos em caso de sinistro

- 5.1. Ratificam-se os termos da cláusula 13 – procedimentos em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e acrescenta-se, além dos documentos básicos mencionados no item 13.4.1 os documentos abaixo:

- 5.2. Documentos de identificação do segurado sinistrado e despesas realizadas:

- A. carteira de identidade ou equivalente;
- B. CPF (ou outro documento que indique seu número);
- C. certidão de nascimento, ou de casamento;
- D. certidão de óbito;
- E. notas fiscais originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado, contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos.

- 5.3. Documentos de identificação de cada beneficiário:

- A. carteira de identidade ou equivalente;
- B. CPF (ou outro documento que indique seu número);
- C. certidão de nascimento, ou de casamento;
- D. comprovante de união estável (em caso de companheiro beneficiário);
- E. comprovante de residência;
- F. número de telefone para contato.

- 5.4. O pagamento da indenização desta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas indenizações previstas por outras coberturas indicadas na apólice.

6. Concorrência de Apólices

- 6.1. A indenização relativa a qualquer sinistro amparado por esta cobertura não poderá exceder o valor total das despesas com o funeral do segurado.

- 6.2. Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

- 6.2.1. Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando foro caso, franquias, participações obrigatórias do segurado e limite máximo de indenização da cobertura;

- 6.2.2. Será definida a soma das indenizações individuais das coberturas concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, de acordo com o item 6.2.1 desta cláusula;

- 6.2.3. Se a quantia a que se refere o item 6.2.2 desta cláusula for igual ou inferior ao prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual, assumindo o beneficiário a responsabilidade pela diferença, se houver;

- 6.2.4. Se a quantia estabelecida no item 6.2.2 for maior que o prejuízo vinculado às coberturas concorrentes, cada seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual e a soma a que se refere aquele item.

7. 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, o pagamento até o limite do capital segurado contratado, 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, desde que também contratada para o segurado principal.
- 1.2. As demais coberturas são de contratação exclusiva do segurado principal.

1.3. Definição

para fins dessa cláusula o cônjuge será considerado como segurado dependente, sendo o segurado denominado segurado principal.

- 1.4. A(O) companheira(o) equipara-se ao cônjuge quando presentes os requisitos do artigo 1.723, do Código Civil Brasileiro, e seus parágrafos.
- 1.5. Não poderão participar desta cláusula suplementar os cônjuges e companheiros(as) considerados(as) seguráveis como segurados principais.
- 1.6. Somente serão aceitos os cônjuges que se encontrarem em boas condições de saúde;
- 1.7. A declaração pessoal de saúde (DPS) 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 e os riscos excluídos apresentados nas condições especiais das coberturas contratadas.

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 M, MA, IPA para a contratação do segurado principal de acordo com o evento que ocasionou a reclamação do sinistro.

5. Beneficiários

O capital segurado decorrente do falecimento do cônjuge, devida por esta cláusula suplementar, será pago ao segurado principal.

6. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os procedimentos apresentados na da cláusula 13 – procedimentos em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e os constantes nas condições especiais que ocasionou o evento coberto.

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, o pagamento até o limite do capital segurado contratado, 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 e os riscos excluídos apresentados nas condições especiais das coberturas contratadas.

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 M, 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 (quatorze) 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. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os procedimentos apresentados na cláusula 13 – procedimentos em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e os constantes nas condições especiais que ocasionou o evento coberto.

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 cobertura Suplementar – Inclusão Automática de Agregados (PAI e MÃE)

1. Objetivo da Cobertura

- 1.1. Se ratificada na apólice, esta cobertura suplementar tem por objetivo garantir uma indenização ao próprio segurado, em caso de falecimento do(s) seu(s) ascendente(s), exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos das condições contratuais.
- 1.2. Não poderá participar desta cobertura suplementar, o(s) ascendente(s) que façam parte do mesmo grupo segurado como segurado, ainda que tenha pago o prêmio, exceto se houver disposição contratual em contrário.
- 1.3. Poderá ser contratada exclusivamente a cobertura de morte e desde também tenha sido contratada para o segurado principal.

1.4. Definição

Ascendente: para efeito deste seguro, considera-se como ascendente pai e mãe do segurado(a).

2. Riscos Excluídos

Ratificam-se os riscos excluídos apresentados na cláusula 6 – riscos excluídos das condições gerais.

3. Forma de Contratação

A cobertura para ascendente poderá ser:

- 3.1. **Automática:** quando estarão cobertos automaticamente todos os ascendentes dos respectivos segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente;
- 3.2. **Facultativa:** quando serão incluídos os ascendentes dos segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela seguradora.

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 dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do ascendente.

5. 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 – carência e franquia das condições gerais.

6. Beneficiários

O capital segurado decorrente do falecimento dos ascendentes (pai e mãe), devida por esta cláusula suplementar, será pago ao segurado principal.

7. Procedimentos em caso de sinistro

Ratificam-se os procedimentos apresentados na cláusula 13 – procedimentos em caso de sinistro das condições gerais deste seguro e os constantes nas condições especiais de morte, acrescentando-se o documento de identificação da condição de ascendente.

8. Início e Término da Cobertura

- 8.1. A cobertura compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os ascendentes 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, exclusivamente na forma de contratação facultativa;
- E. com a morte do segurado principal;
- F. com o falecimento do(s) ascendente(s), exclusivamente na hipótese de adesão facultativa.

9. Ratificação

Ratificam-se as demais disposições do seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes condições especiais.