SEGURADORA

VIDA EM GRUPO

CONDIÇÕES GERAIS

PROCESSO SUSEP Nº 15414.617679/2021-19
VERSÃO AGOSTO 2025

Oxxy seguradora S/A - CNPJ 42.518.229/0001-62 - Rua Dom Jaime Câmara, nº 49 - Centro - CEP: 88015-120 - Florianópolis – SC - Telefone: +55 048 3197.2085 - Site: www.oxxyseguradora.com.br - Contato: contato@oxxyseguradora.com.br – SAC/Serviços 0800 000 0405 - Ouvidoria 0800 748 7815 - E-mail:ouvidoria@oxxyseguradora.com.br

CONDIÇÕES GERAIS
VIDA EM GRUPO

Versão 1 Processo SUSEP n° 15414.617679/2021-19

Oxxy Seguradora S/A.
CNPJ 42.518.229/0001-62
Rua Dom Jaime Camara, nº 49
Centro, Florianópolis -SC - CEP 88015-120.

Central e Atendimento:
SAC/Serviços: 0800 000 0405
Ouvidoria: 0800 748 7815
Atendimento de 2° a 6º feira das 08h às 17h.
www.oxxyseguradora.com.br

Sumário

1. Objetivo do Seguro 2
2. Definições 2
3. Coberturas do Seguro 6
4. Riscos Excluídos 17
5. Âmbito Geográfico da Cobertura 20
6. Carência 20
7. Franquia 20
8. Contratação e Aceitação do Seguro 20
9. Inclusão no Seguro e Aceitação dos Segurados 21
10. Modalidedade de Capital Segurado 22
11. Cobertura Suplementar para Segurados Dependentes 23
12. Vigência, Renovação e Manutenção do Seguro 23
13. Pagamento do Prêmio 24
14. Atualização dos Capitais Segurados, Diárias Seguradas e Prêmios 25
15. Recálculo da(s) Taxa(s) do Seguro 26
16. Data do Evento e Reintegração do Capital Segurado 26
17. Beneficiário(s) 27
18. Comunicação e Liquidação de Sinistros 27
19. Opção pela Prestação dos Serviços de Assistência Funeral 35
20. Perda do Direito à Indenização 35
21. Cancelamento do Seguro 37
22. Cessação da Cobertura Individual 37
23. Excedente Técnico 38
24. Obrigações do Estipulante 39
25. Regime Financeiro 40
26. Material de Divulgação 40
27. Mora 41
28. Foro 41

Tabela para Cálculo Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente 42
Tabelas IAIF 45

1. Objetivo do Seguro

1.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrência de evento coberto pelas coberturas contratadas, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.

2. Definições

2.1 ACIDENTE PESSOAL: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado ou torne necessário o tratamento médico e/ou hospitalar do mesmo, observando-se que:

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
b) Os acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.2. Excluem-se desse conceito:

a) As doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

2.2. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA: é a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.3. APÓLICE: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a celebração do Contrato do Seguro Coletivo.

2.4. BENEFICIÁRIO: é a pessoa designa da pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário. No caso do reembolso da cobertura de Auxílio Funeral (AUX) o beneficiário será aqueleque comprovar o pagamento das despesas com o funeral.

2.5. CARÊNCIA: é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) cobertura(s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

2.6. COBERTURAS: são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.7. CONDIÇÕES CONTRATUAIS: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato.

2.8. CONDIÇÕES GERAIS: são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos beneficiários e do Estipulante.

2.9. CONTRATO: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

2.10. CONSIGNANTE: é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios a serem pagos pelos segurados.

2.11. DIÁRIA SEGURADA: é a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para as coberturas adicionais de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA), Diárias por Internação Hospitalar (DIH) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), vigente na data do evento.

2.12. DOENÇA: é o evento decorrente da perturbação da condição de saúde do Segurado, caracterizada por intermédio de um processo mórbido que torne necessária a sua internação hospitalar ou tratamento médico, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.

2.13. DOENÇAS, LESÕES E/OU DEFICIÊNCIAS PREEXISTENTES: são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Declaração Pessoal de Saúde e Atividades

2.14. ESTIPULANTE: é a pessoa natural ou jurídica que administra a Apólice e representa os segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.

2.15. EVENTO COBERTO: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) coberturas(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.16. EXCEDENTE TÉCNICO: é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

2.17. FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO: é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.

2.18. FRANQUIA: é o período de tempo que não será considerado para o cálculo da indenização devida por uma determinada cobertura do Seguro.

2.19. GRUPO SEGURADO: é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como Segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.

2.20. GRUPO SEGURÁVEL: é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante.

2.21. HOSPITAL/CLÍNICA: é o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermaria, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia.

2.22. INDENIZAÇÃO: é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado.

2.23. INTERNAÇÃO HOSPITALAR: para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período de tempo mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança pelo hospital/clínica de uma Diária Hospitalar. Em casos de hospitais gratuitos, deverá ser apresentado a documentação que comprove a internação hospitalar.

2.24. LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO: é o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

2.25. PERÍODO INDENIZÁVEL: é o período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento da renda mensal temporária contratada para as coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Diárias de Internação Hospitalar (DIH) e Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA). **Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.**

2.26. PRÊMIO: é o valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) coberturas (s) contratada(s).

2.27. PROPONENTE ESTIPULANTE: é a pessoa natural ou jurídica que, mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação, propõe a contratação do Seguro e, que passará à condição de Estipulante da Apólice.

2.28. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.29. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES: é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.

2.30. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO: é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.

2.31. RENDA MENSAL TEMPORÁRIA: é o valor contratado que, **limitado ao comprovado rendimento mensal auferido pelo Segurado na data do evento**, será pago ao mesmo em caso de sinistro.

2.32. RISCOS EXCLUÍDOS: **são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.**

2.33. SEGURADO: é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.

2.34. SEGURADORA: é a Oxxy Seguradora, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

2.35. SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL: são os procedimentos necessários à realização do funeral e traslado do corpo do Segurado, dentre outros, obedecido os limites e as condições estabelecidas nas Condições Contratuais, no caso de opção pela prestação de serviço da cobertura de Auxílio Funeral (AUX).

2.36. SINISTRO: é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.

2.37. VIGÊNCIA DO SEGURO: é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

2.38. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL: é o período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

2.39. NASCIMENTO COM VIDA: 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.

2.40. NATIMORTO: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o trabalho de parto. 2.3. Responsáveis Legais: Mãe/Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.

2.41. PERÍODO GESTACIONAL: período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

3. Coberturas Do Seguro

3.1. As coberturas do Seguro dividem-se em básica e adicionais, **sendo que o Seguro não pode ser contratado sem a cobertura básica.**

3.2. Cobertura Básica:

3.2.1. **Morte**: é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em decorrência do evento morte do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) Para os menores de 14 (quatorze) anos, **esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral**, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3.3. Coberturas Adicionais: **A contratação de quaisquer coberturas a seguir está condicionada a contratação da cobertura básica.**

3.3.1.**INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE (IEA)**: é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado ocasionadapelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) Para os menores de 14 (quatorze) anos, **esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral,** que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outroscomprovantes satisfatórios, observando-se que se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos oucarneiros.

3.3.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA): é a cobertura que garante o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro.

a) Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, conforme Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, anexa às presentes Condições Gerais.

b) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

c) Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.

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

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

f) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

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

h) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

i) A Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), verificar- se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

j) A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) será cancelada quando houver o pagamento por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Assim como a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) será cancelada em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente.

3.3.3. ***AUXÍLIO FUNERAL (AUX)***: Esta cobertura, quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s)o reembolso de despesas ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, a critério do(s)Beneficiário(s), até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado,seja por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados osdemais termos desta Cobertura, nas Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

a) A opção pela utilização da prestação de serviço de Assistência Funeral deve ser feita mediante solicitação expressa do(s) Beneficiário(s).

b) O(s) Beneficiário(s) que optar(em) por utilizar a prestação de serviços de Assistência Funeral, não terá(ão) qualquer direito a reembolso posterior.

c) Os eventos / serviços abrangidos pela cobertura de Auxílio Funeral (AUX) ou Serviço de Assistência, conforme opção do Beneficiário, estão dispostos abaixo. Os eventos/serviços não elencados abaixo não estarão cobertos por esta cobertura.

c) 1) Atendimento Social: Na ocorrência do óbito do Segurado, após a liberação do corpo pelos órgãos competentes e de acordo com os eventos cobertos, a família ou responsável deverá entrar em contato com a Prestadora, que após conferir as informações, comunicará a funerária credenciada ou autorizada no município, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral. O acompanhamento de um membro da família será solicitado, caso a legislação local exija.

c) 2) Transporte de Familiar para a Liberação do Corpo: No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência e havendo a necessidade de um membro da família para liberação do corpo, a Prestadora fornecerá um meio de transporte mais apropriado, a seu critério. A Prestadora também fornecerá hospedagem em hotel, a seu critério, por um período mínimo necessário para a liberação do corpo, desde que não ultrapasse o limite preestabelecido para a prestação dos serviços de funeral. Qualquer importância monetária que ultrapassar este limite será de responsabilidade da família e/ ou responsável pelo Segurado.

c) 3) Funeral: Composto pelos seguintes itens, de acordo com o limite de despesas fixado:

I Urna;
II Higienização básica e ornamentação do corpo (com flores da estação);
III Coroa de flores da estação;
IV Véu;
V Paramentos e velas (cavaletes, castiçais e Cristo (conforme região) disponibilizados quando necessário e permitido pela família);
VI Carro fúnebre para remoção dentro do município;
VII Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;

VIII Livro de presença (conforme disponibilidade local);
IX Locação de sala para velório em capelas municipais ou particulares;
X Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente ou cremação;
XI Locação de Jazigo (por três anos) em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

c) 4) Em caso de opção pela prestação de serviços, todos os itens acima serão disponibilizadosconformeinfraestruturalocal. Nãocaberáà Seguradoraaresponsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou sejam comercializados em determinadas praças.

c) 5) Cremação: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação em um raio máximo de 100km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.

c) 6) Sepultamento: Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal ou outro cemitério, na cidade indicada por esta.

c) 7) Traslado: No caso de falecimento do Segurado fora do seu município de residência, em território nacional, traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do Segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

c) 8) Transmissão de Mensagens Urgentes: Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, transmissão à família do Segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes sobre o acontecimento.

d) Em caso de opção pela prestação de serviço de Assistência Funeral, o mesmo será prestado de acordo com o limite de Capital Segurado contratado. Na hipótese dos valores excederem o limite de Capital Segurado, a diferença será de responsabilidade dos familiares do Segurado.

3.3.4. ***INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD):*** é a cobertura que garante a antecipação do pagamento de um percentual da cobertura Morte em caso de invalidezfuncional permanente total por doença do Segurado, em consequência de doença que cause a perda de sua Existência Independente.

a) O percentual da Cobertura Morte que será antecipado em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.

b) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) for igual a 100% da cobertura Morte o Seguro será automaticamente cancelado.

c) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) for inferior a 100% da cobertura Morte o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura Morte com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e, caso contratada, com a cobertura de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA).

d) A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) será cancelada quando houver o pagamento por Invalidez Permanente Total por Acidente. Assim como a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) será cancelada em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).

e) A partir do momento em que a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) for extinta, o prêmio do Seguro será recalculado em função do valor do Capital Segurado das coberturas remanescentes. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

f) 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.

g) Para fins desta cobertura, considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada– deumdosseguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientesexclusivamente de doença:

g) 1) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";

g) 2) 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;

g) 3) 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;

g) 4) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

g) 5) 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;

g) 6) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) 7) Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

g) 8) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

g) 9) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;

g) 10) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

g) 11) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

g) 12)Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; e

g) 13)Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

h) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, a ser fornecido pela Seguradora quando do aviso do sinistro, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

i) A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica.
i) 1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.
i) 2) 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.
j) A Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

3.3.5. **DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)**: é a cobertura que garante o pagamento deuma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante da Proposta deContratação, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de doença oude acidente pessoal. Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentose sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitados os prazos de carência e de franquia previstos nos itens 6 e 7.

3.3.6. **DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL (DIHA):** é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada ao próprio Segurado, de acordocom o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, para cada dia de internaçãohospitalar desse. Estarão cobertas somente as internações hospitalares decorrentes de acidentepessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro, desde que iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.
a) A quantidade de diárias contratadas será definida nas Condições Contratuais e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado o prazo de franquia de 1 (um) dia, conforme estabelecido item 7.1.
a.1) A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.
b) Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s), observando o disposto na cláusula 17.

3.3.7. **DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)**: é a cobertura que garante o reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente ou infermidade súbida e aguda. A Seguradora indenizará por evento as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incluídas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor contratado para a referida cobertura.
a) Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:
a) 1) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; e
a) 2) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.
b) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

3.3.8. **DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHOp)**: é a cobertura que garante o reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do evento por acidente.

A Seguradora indenizará por evento as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incluídas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor contratado para a referida cobertura.

a) Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:
b) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; e
c) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.
d) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

3.3.9. **DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA):** é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada, ao Segurado, de acordo com o valor contratadoe constante nas Condições Contratuais, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta, ocasionada pelo evento acidente pessoal, do mesmo em exercer sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observando o número de diáriascontratadas, que será definido nas Condições Contratuais, e é limitado a, no máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

a) As Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) são devidas a partir do primeiro dia após o término do período de franquia, observando o disposto no item 7.2 e observado o limite contratual máximo.
b) Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

3.3.10. **DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT):** é a cobertura que garante o pagamentode uma Diária Segurada, ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nasCondições Contratuais, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta, do mesmo em exercer sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observando o número de diárias contratadas, que será definido nas Condições Contratuais, e élimitado a, no máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

a) As Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) são devidas a partir do primeiro dia após o término do período de franquia, observando o disposto no item 7.2 e observado o limite contratual máximo.

3.3.11. **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA):** é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao próprio Segurado, relativa à perda ou a impotência funcionaldefinitiva total de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo eventoacidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro.

a) Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente, serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:

a) 1) A perda total da visão de ambos os olhos;
a) 2) A perda total do uso de ambos os membros superiores;
a) 3) A perda total do uso de ambos os membros inferiores;
a) 4) A perda total do uso de ambas as mãos;
a) 5) A perda total do uso de um membro superior e um inferior;
a) 6) A perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
a) 7) A perda total do uso de ambos os pés;
a) 8) A alienação mental total incurável; e
a) 9) Nefrectomia bilateral.

b) Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

c) O limite para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será sempre igual ao Capital Segurado contratado.

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

e) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

e) 1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata esta cobertura.

f) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento da Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro será automaticamente cancelado.

g) A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não poderá ser contratada simultaneamente com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

3.3.12. **DESEMPREGO:** Consiste no pagamento de indenização, em forma de renda mensal temporária, em decorrência da privação involuntária do segurado ao emprego formal remunerado, comprovado por carteira de trabalho, limitada ao prazo máximo de 12 (doze) mensalidades por evento.

Além das exclusões constantes no item 4.Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, não estão garantidos por esta cobertura:

a) Demissões por justa causa.

3.3.13. **DOENÇAS GRAVES:** A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez em decorrência de diagnóstico de alguma das doenças devidamente especificadas, conforme abaixo*:*

1) **Câncer (neoplasia)**: Doença que se manifesta pelo crescimento de tecido diferente dos normais, caracterizada pela multiplicação descontrolada e progressiva de células que têm a propriedade de invasão de tecidos ou órgãos vizinhos, e potencial de disseminação para lugares distantes (formação de metástases). O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado e comprovado por exame histológico conclusivo, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades médicas científicas especializadas.

O termo câncer é sinônimo de "neoplasia maligna" e "tumor maligno". Inclui as leucemias e doenças malignas do sistema linfático como a Doença de Hodgkin e todos os demais cânceres. Exame histológico: exame realizado por um médico patologista que, usando o microscópio, analisa uma amostra de tecido de seres vivos, geralmente obtida a partir de biópsia, para estudo das células e pesquisa de características anormais deste tecido que possam corresponder às doenças.
Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de câncer e desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência do seguro.

2) **Infarto agudo do miocárdio:** Necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco como consequência de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, deve ser aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e se basear na ocorrência concomitante de: histórico de dores torácicas típicas; alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma (ECG), e elevação das enzimas cardíacas troponinas e de outros marcadores bioquímicos de necrose miocárdica.
Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de infarto agudo do miocárdio e desde que a doença tenha sido diagnosticada no período de vigência do seguro.

3) **Acidente vascular cerebral (AVC):** Doença caracterizada por diminuição ou interrupção aguda do fluxo sanguíneo encefálico que resulte em morte do tecido encefálico e consequente sequela neurológica definitiva. O quadro deve ser causado pela ruptura de um vaso encefálico com extravasamento de sangue (hemorragia) ou pela obstrução de um vaso encefálico. Inclui-se na garantia o AVC provocado por embolização de vaso encefálico originada de fonte extracraniana. O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, aceito pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por quadro neurológico típico e exames de imagem como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética e estudo de circulação cerebral.
As sequelas neurológicas devem ser consideradas definitivas
Embolização de vaso encefálico: processo em que um êmbolo (coágulo, gordura, etc.) é transportado pela corrente sanguínea e termina por obstruir um vaso do encéfalo de calibre menor.
Encéfalo: conjunto formado pelo cérebro e tronco cerebral (bulbo, ponte e cerebelo).
Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de AVC, com sequelas neurológicas típicas da doença, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência do seguro.

4) **Insuficiência renal terminal:** Insuficiência renal terminal é a etapa final de diversas doenças renais, caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou de transplante renal. O diagnóstico deve ser feito por médico nefrologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.
Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de insuficiência renal terminal, desde que a doença causadora do quadro tenha se manifestado no período de vigência do seguro.

5) ***Transplante de órgão:*** *Procedimento cirúrgico em que o segurado participa como receptor de algum dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea. A cirurgia* deve ser feita e confirmada por médico cirurgião habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas.
Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados cuja necessidade e realização da cirurgia para transplante de órgão tenha ocorrido no período de vigência do seguro.

6) **Doença de Alzheimer:** Diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer – demência pré-senil – antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista ou psiquiatra e confirmado por achados típicos nos exames clínicos (testes cognitivos) e de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons), de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.
Para caracterização desta cobertura, o segurado deve apresentar quadro de demência avançada que demande supervisão e cuidados constantes de terceiros e o invalide definitivamente para vida cível.
Outra maneira de caracterização desta cobertura é a Doença de Alzheimer deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades da vida diária, abaixo citadas:

a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro.
b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa.
c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene.
d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano.
e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino.
f) Alimentar-se - capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida.

As incapacidades para as atividades da vida diária devem ser simultâneas e clinicamente documentadas para diagnóstico definitivo da doença.
Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer e manifestarem incapacidades para vida cível ou para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado no período de vigência do seguro.

7) **Doença (Ou Mal) De Parkinson**: Diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson primária ou idiopática, antes dos 65 anos de idade, feito por médico neurologista e confirmado por achados típicos nos exames clínicos, de acordo com os critérios estabelecidos na literatura médica mundial, aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas especializadas.
Para caracterização desta cobertura, a Doença de Parkinson deve resultar em sequelas motoras que restrinjam o segurado ao leito – incapacidade de se levantar sem ajuda externa – e que demandem supervisão e cuidados constantes de terceiros.
Outra maneira de caracterização desta garantia é a Doença de Parkinson deixar o segurado total e permanentemente incapacitado para realizar, de maneira independente, três ou mais atividades

da vida diária, abaixo citadas:
a) Tomar banho – capacidade de se lavar na banheira ou chuveiro.
b) Vestir-se / despir-se – capacidade de colocar e tirar a roupa.
c) Higiene pessoal – capacidade de usar o aparelho sanitário e manter um nível razoável de higiene.
d) Deambular – capacidade de andar em um ambiente plano.
e) Continência urinária e fecal – controle sobre esfíncteres da bexiga e intestino.
f) Alimentar-se – capacidade de comer e beber sem auxílio, mas não de preparar a comida.
A restrição ao leito e as incapacidades para as atividades da vida diária devem ser clinicamente documentadas para confirmação do diagnóstico.
Doença de Parkinson primária ou idiopática: sem causa conhecida.
Só serão elegíveis para o recebimento do capital segurado contratado os segurados que receberem diagnóstico definitivo de Doença de Parkinson, com restrição ao leito ou incapacidades para atividades da vida diária, conforme definição, desde que a doença tenha se manifestado e sido diagnosticada no período de vigência do seguro.

3.3.14. **EDUCACIONAL:** consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s)-educando(s), ainda que representado(s) ou assistido(s), na forma da lei, em razão da ocorrência, com o(s) segurado(s) indicado(s) na apólice, dos eventos cobertos, conforme definidos no subitem abaixo, visando auxiliar o custeio das despesas com educação, incluindo mensalidades e, opcionalmente ou adicionalmente, outras despesas escolares, facultando-se, ainda, o estabelecimento de um valor a ser pago ao final do 2º ou 3º grau como apoio e incentivo à iniciação profissional.
Quando da contratação de cobertura educacional, a previsão do pagamento do capital segurado de forma única está restrita:
a) Ao último ano letivo do período contratado;
b) À ocorrência de invalidez total do educando-segurado;
c) À concessão de um dote ao final do período de formação; ou
d) Às despesas escolares do ano de referência.
Os eventos cobertos a que se refere o subitem acima. limitam-se às coberturas abaixo desde que contratadas:
a) Morte do Responsável;
b) Morte Acidental do Responsável;
c) Invalidez Permanente Total por Acidente do Responsável;
d) Desemprego do Responsável.

O beneficiário será sempre o educando, ainda que representado ou assistido, na forma da lei.

3.3.15. **DESPESAS DIVERSAS:** Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado contratado, em razão da morte qualquer causa do Segurado, a fim de custear despesas diversas, cuja finalidade será definida nas Condições Contratuais.

3.3.16. **BÔNUS POR NASCIMENTO E CESTA NATALIDADE:** Garante ao segurado o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado contratado, em razão do nascimento do filho, a fim de custear despesas, cuja finalidade será definida no nascimento do filho do segurado, o mesmo receberá o valor determinado em apólice multiplicados pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto, para realizar o pagamento das despesas diretamente vinculadas ao nascimento tais como: fraldas, vacinas, exames e consultas médicas. O benefício reembolsará o segurado de uma só vez, desde que sejam apresentadas a seguradora as notas fiscais dos gastos em até 90 dias corridos, contados a partir da data do nascimento.

3.3.17. **AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR:** A presente cobertura, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado ou um de seus membros do grupo familiar, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens das condições contratuais do plano de seguro contratado.

A opção pela utilização da prestação de serviço de Assistência Funeral deve ser feitamediante solicitação expressa do(s) Beneficiário(s).

a) O(s) Beneficiário(s) que optar(em) por utilizar a prestação de serviços de Assistência
b) Funeral, não terá(ão) qualquer direito a reembolso posterior.
c) Os eventos / serviços abrangidos pela cobertura de Auxílio Funeral Familiar ou Serviço de Assistência, conforme opção do Beneficiário, estão dispostos abaixo. Os eventos/serviços não elencados abaixo não estarão cobertos por esta cobertura.
d) Atendimento Social: Na ocorrência do óbito do Segurado, após a liberação do corpo pelos órgãos competentes e de acordo com os eventos cobertos, a família ou responsável deverá entrar em contato com a Prestadora, que após conferir as informações, comunicará a funerária credenciada ou autorizada no município, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral. O acompanhamento de um membro da família será solicitado, caso a legislação local exija.
e) Transporte de Familiar para a Liberação do Corpo: No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência e havendo a necessidade de um membro da família para liberação do corpo, a Prestadora fornecerá um meio de transporte mais apropriado, a seu critério. A Prestadora também fornecerá hospedagem em hotel, a seu critério, por um período mínimo necessário para a liberação do corpo, desde que não ultrapasse o limite preestabelecido para a prestação dos serviços de funeral. Qualquer importância monetária que ultrapassar este limite será de responsabilidade da família e/ ou responsável pelo Segurado.
f) Funeral: Composto pelos seguintes itens, de acordo com o limite de despesas fixado:
    I. Urna;
    II. Higienização básica e ornamentação do corpo (com flores da estação);
    III. Coroa de flores da estação;
    IV. Véu;
    V. Paramentos e velas (cavaletes, castiçais e Cristo (conforme região) disponibilizados quando necessário e permitido pela família);
    VI. Carro fúnebre para remoção dentro do município;

VII. Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
VIII. Livro de presença (conforme disponibilidade local);
IX. Locação de sala para velório em capelas municipais ou particulares;
X. Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente ou cremação;
XI. Locação de Jazigo (por três anos) em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

g) Em caso de opção pela prestação de serviços, todos os itens acima serão disponibilizadosconformeinfraestruturalocal. Nãocaberáà Seguradoraaresponsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou sejam comercializados em determinadas praças.

h) Cremação: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade maispróxima que exista o serviço de cremação em um raio máximo de 100km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.

i) Sepultamento: Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitériomunicipal ou outro cemitério, na cidade indicada por esta.

j) Traslado: No caso de falecimento do Segurado fora do seu município de residência, em território nacional, traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do Segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

k) Transmissão de Mensagens Urgentes: Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, transmissão à família do Segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes sobre o acontecimento.

l) Em caso de opção pela prestação de serviço de Assistência Funeral, o mesmoserá prestado de acordo com o limite de Capital Segurado contratado. Na hipótese dos valores excederem o limite de Capital Segurado, a diferença será de responsabilidade dos familiares do Segurado.

3.3.18. **FILHOS POSTUMOS:** Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao responsável legal pelo bebê nascido com vida, o pagamento de uma indenização, em caso de morte do titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o período gestacional.
A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Indenização Especial Por Morte.

3.3.19. **CESTA BÁSICA:** Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante aos beneficiários indicados pelo segurado, ou na ausência de indicação aqueles previstos na ordem de sucessão legal, em caso de sua morte, o pagamento do valor do capital contratado, a título de auxílio para aquisição de cesta básica de alimentos.

3.3.20. ***ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPINV):*** Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização para adequação da casa ou veículo do segurado titular, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de invalidez permanente parcial ou total por acidente do segurado, **em consequência exclusiva de**

acidente pessoal coberto, durante a vigência da cobertura, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

a) Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente ou parcial avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, conforme Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente ou Parcial por Acidente, anexa às presentes Condições Gerais.
b) Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.
c) A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demostrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.
d) A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.
e) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura**.
f) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista nesta cobertura para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
g) 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, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.
h) Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.
i) 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 poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.
j) Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.
k) A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau de preexistência.

3.3.21. **VERBAS RESCISÓRIAS – MORTE (VRM):** Esta Cobertura, quando contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante ao Estipulante o pagamento do capital segurado contratado a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias respeitados os limites contratualmente estabelecidos e exclusivamente decorrente de Morte do Segurado 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.

a) A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cobertura de Morte.
b) Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do Falecimento do Segurado no caso de Morte Natural.
c) São elegíveis para a cobertura de Verbas Rescisórias 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.

4. Riscos Excluídos

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

4.1.1. De doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Contratação.
4.1.2. De ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro; e no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;
4.1.3. Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
4.1.4. De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
4.1.4. De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
4.1.5. De atos terroristas;
4.1.6. Do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual;
4.1.7. De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
4.1.8. De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
4.1.9. De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;
4.1.10. De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
4.1.11. Do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente

pessoal coberto; e

4.1.12. De hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos das coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA),os eventos ocorridos em consequência:

4.2.1. De qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;
4.2.2. De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

4.3. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 e 4.2, estão também expressamente excluídos da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) os eventos ocorridos em consequência:

4.3.1. *De cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;*
4.3.2. *De tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;*
4.3.3. *De tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas ou atos ilícitos devidamente comprovados;*
4.3.4. *De tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;*
4.3.5. *De lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;*
4.3.6. *De internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão "acidentes vasculares cerebrais"; e*
4.3.7. *De procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório.*

4.4. *Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), 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 eventos abaixo especificados:*

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

4.4.2. Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
4.4.3. 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;
4.4.4. As doenças agravadas por traumatismos;
4.4.5. 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;
4.4.6. Os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado;

4.5. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH), mesmo que resultantes de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

4.5.1. De qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências;
4.5.2. De ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
4.5.3. De tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências;
4.5.4. De cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;
4.5.5. De tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);
4.5.6. De diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
4.5.7. De tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
4.5.8. De tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
4.5.9. De qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
4.5.10. De tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
4.5.11. De tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
4.5.12. De tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
4.5.13. De 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;
4.5.14. De tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
4.5.15. De tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
4.5.16. De internação domiciliar;
4.5.17. De procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório; e
4.5.18. De investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.

4.6. *Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.4 e 4.1.11 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.*

4.7. *Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Filhos Postumos mesmo que resultantes de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:*

4.7.1. *Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;*
4.7.2. *Natimorto;*
4.7.3. Adoção.

4.8. *Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Adaptação de casa e/ou veículo por invalidez que resultantes de Acidente Pessoal:*

4.8.1. Perda de dentes e danos estéticos;
4.8.2. Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
4.8.3. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
4.8.4. Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.

4.9. *Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Verbas Rescisórias – Morte (VRM)*

4.9.1. 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.

5. Âmbito Geográfico da Cobertura

5.1. As coberturas do Seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto pelas coberturas AUX, DIH, DIHA, DMHO, DIT e DITA que se aplica apenas para eventos ocorridos em território nacional.

6. Carência

6.1. O período de carência, quando previsto, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido nas Condições Contratuais, na Apólice e na Proposta de Contratação.

6.2. As coberturas de Morte e Auxílio Funeral terão carência de 30 (trinta) dias, cuja contagem será a

partir do início de vigência do Seguro, exceto para os casos de acidente.

6.3. As coberturas de Diária por Incapacidade Temporária e Diária por Internação Hospitalar terão carência de 15(quinze) dias, cuja contagem será a partir do início de vigência do Seguro.

6.4. A cobertura de Doenças Graves possui carência de 90 (noventa) dias, cuja contagem será a partir do início de vigência do Seguro.

6.5. O período de carência estabelecido poderá ser de, no máximo, 2 (dois) anos.

6.6. O período de carência não excederá metade do prazo de vigência previsto na Apólice.

6.7. Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, **exceto para o caso de suicídio que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses**, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

6.8. O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Gerais.

7. Franquia

7.1. Não está previsto o estabelecimento de Franquias para este plano de seguro.

8. Contratação do Seguro

8.1. O Seguro deverá ser contratado mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

8.1.1. As alterações durante a vigência do Seguro, somente serão feitas mediante assinatura do Proponente Estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

8. 2. Recebida Proposta de Contratação pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Contratação por escrito ao Proponente Estipulante, o Seguro considera-se aceito.

8.2.1. Não serão recepcionadas Propostas de Contratação com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
8.2.2. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Contratação.
8.2.3. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

8.3. **A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, apenas uma vez, do Proponente Estipulante a documentação que achar necessária. Nestes casos, o prazo previsto no item 8.2 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação**.

8.4. *A não aceitação da Proposta de Contratação será comunicada ao Proponente Estipulante por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, consequentemente, cancelamento da Proposta de Contratação.*

8.5. *Após a aceitação da Proposta de Contratação a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro, em nome do Estipulante, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.*

8. 6. O Segurado e o Estipulante poderão consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

9. Inclusão no Seguro e Aceitação dos Segurados

9.1. A inclusão de possíveis segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato de Seguro:

9.1.1. Adesão compulsória, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável; ou
9.1.2. Adesão facultativa, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.

9.2. Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, bem como a entrega dos documentos que aSeguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

9.2.1. A celebração ou alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo Proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.
9.2.2. Na Proposta de Adesão constará uma cláusula na qual os proponentes declaram ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do Seguro.

9.3. A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem as Condições estabelecidas no Contrato assinado com o Estipulante.

9.4. Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.

9.5. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco e da Proposta de Adesão.

9.6. A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no item 9.4 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.7. A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao proponente por escrito, informando-*lhe os motivos que ensejaram a recusa e, consequentemente, cancelamento da Proposta de Adesão.*

9.8. *Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Adesão.*

9.9. *A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual.*
O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

10. Modalidades de Segurado Individual

10.1. Na contratação do Seguro, deverá ser escolhida uma das modalidades de Capital Segurado, apresentadas abaixo:

UNIFORME: O Capital Segurado é igual para todos os Segurados.
MÚLTIPLO SALARIAL: O Capital Segurado é resultante da multiplicação do salário mensal do Segurado pelo fator contratado.
LIVRE ESCOLHA OU VARIADO: Consiste na escolha do Capital Segurado pelo Estipulante ou pelo próprio Segurado, no ato da assinatura da Proposta de Contratação e/ou Adesão.

11. Cobertura Suplementar para Segurados Dependentes

11.1. Quando previsto no Contrato de Seguro, poderão ser incluídos no Seguro, como segurados dependentes, os cônjuges e/ou filhos do Segurado Principal.

11.2. Conforme especificado no Contrato de Seguro, a inclusão de cônjuge e/ou filhos no Seguro poderá ser feita de forma compulsória e automática, abranger os cônjuges e/ou filhos de todos os segurados principais.

11.3. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados principais, se ao tempo do Contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

11.4. Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.

11.5. O Capital Segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro.

11.6. O Capital Segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro.

11.6.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado Principal ou Dependente.

11.7. Os prêmios relativos aos segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal junto com os prêmios de suas próprias coberturas.

12. Vigência, Renovação e Manutenção Do Seguro

12.1. A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, serão especificadas no Contrato de Seguro.

12.1.1. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Contratação ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada no Contrato de Seguro.
12.1.2. As apólices e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
12.1.3. O presente Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos doContrato de Seguro.

12.2. A renovação da Apólice, que não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, poderá ser realizada de forma expressa e por intermédio do Estipulante.

12.2.1. Todas as renovações da apólice serão feitas de forma expressa, não havendo a possibilidade de renovação automática da Apólice.

12.3. Quando da renovação da Apólice ou durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice, deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante ou de seu representante legal, ratificada pelo correspondente endosso, sendo que se essa alteração implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, dependerá de anuência expressa de ¾ (três quartos) do grupo segurado.

12.4. O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência, salvo disposição contrária constante do Contrato de Seguro.

13. Pagamento do Prêmio

13.1. O custeio do Seguro poderá ser:
Contributário, em que os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente; ou
Não contributário, em que os segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante.

13.2. O prêmio do Seguro poderá ser pago nas formas à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral e anual, não havendo incidência de juros sobre as mesmas, sendo apurado mediante a simples divisão do prêmio anual pelo número de parcelas acordadas.

13.3. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora,

conforme as Condições estabelecidas no Contrato de Seguro. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.

13.4. É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

13.5. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado por escrito.

13.6. Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, sem atualização e juros, no primeiro dia útil subsequente.

13.7. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

13.8. Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, atualizados pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data do vencimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento, e acrescidos ainda de juros de 12% a.a. (doze por cento ao ano). Após dois prêmios, consecutivos ou alternados, devidos e não pagos, o Seguro será cancelado, conforme previsto no item 22.1.

13.9. Os tributos incidentes sobre a contratação do Seguro serão recolhidos na forma da Lei.

14. Atualização dos Capitais Segurados, Diárias Seguradas e Prêmios

14.1. Os Capitais Segurados, as Diárias Seguradas e os prêmios serão atualizados a cada aniversário do Seguro com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

14.2. Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

14.3. A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.

14.4. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis das coberturas por morte ou invalidez serão atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

15. Recálculo da(s) Taxa(s) do Seguro

15.1. A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.

15.1.1. Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice e observando o disposto no item 12.3.

15. 2. Alterações em periodicidades diferentes poderão ser feitas desde que previstas nas Condições Contratuais do Seguro.

16. Data do Evento e Reintegração do Capital Segurado

16.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento*:*

16.1.1. Nas coberturas Morte e Auxílio Funeral (AUX) a data do falecimento;

16.1.2. Nas coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), a data do acidente;

16.1.3. Na cobertura de Indenização por Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) e Doenças Graves (DG), 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;

16.1.4. Na cobertura de Diárias de Internação Hospitalar (DIH), a data da internação hospitalar;

16.2. A reintegração do Capital Segurado ou Diária Segurada relativo às coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA) e de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

16.3. A reintegração da Diária Segurada relativa a cobertura Diárias de Internação Hospitalar (DIH) é automática após cada internação, sem cobrança de prêmio adicional.

17. Beneficiário(s)

17.1. O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

17.1.1. Na falta de indicação do Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.
17.1.2. Na falta de indicação de Beneficiários será observada a gradação legal.
17.1.3. Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiário do Seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

17.2. Para as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Total por Doença (IFPD), Doenças Graves (DG) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar (DIH), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) o próprio Segurado será o Beneficiário.

17.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

17.4. Para a cobertura de Auxílio Funeral (AUX) ou Auxílio Funeral Familiar, quando o(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação doServiço de Assistência Funeral, a Seguradora, providenciará os mesmos conforme disposto no item 19 destas Condições Gerais. Neste caso, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao reembolso de despesascom funeral.

17.4.1. Na cobertura de Auxílio Funeral (AUX) ou Auxílio Funeral Familiar, em caso de opção pelo reembolso de despesas, oBeneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas com o funeral.

18. Comunicação e Liquidação de Sinistros

18.1. Em caso de sinistro, o Estipulante, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar inequivocadamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 18.4.

18.2. Na cobertura de Auxílio Funeral (AUX) ou Auxílio Funeral Familiar, tendo sido feita a opção pela prestação do serviço deAssistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito ao reembolso de despesa com funeral.

18.3. O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Estipulante, Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 18.4 destas Condições Gerais.

18.3.1. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências solicitadas.

18.3.2. A critério da Seguradora poderão ser solicitados outros documentos ao Estipulante para liquidação de sinistros.

18.3.3. Em caso de sinistro ocorrido em até 30 (trinta) dias do 1º (primeiro) prêmio não pago, o Capital Segurado Individual será pago deduzido dos prêmios devidos, calculados conforme previsto no item 13.3. Nesta situação, o Capital Segurado Individual será calculado conforme item 10.5.

18.4. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

18.4.1. Para todos os casos de sinistro:

a) Última Guia de Fundo de Garantia e Informações da Previdência Social (GFIP), Guia(s) anterior(es) ao(s) mês(meses) de afastamento, caso haja(m) Segurado(s) afastado(s) após o início de vigência do Seguro e Cópia do Contrato Social atualizado.

18.4.2. Em caso de morte não decorrente de acidente pessoal:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

d) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e do mês de ocorrência do sinistro;

e) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado; e

f) Documentos do(s) Beneficiário(s):

f) 1) Cópia do comprovante de residência do Beneficiário, independentemente de qual seja o Beneficiário descrito nos itens abaixo;

f) 2) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada com a averbaçãodo óbito, Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;

f) 3) Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento e Formulário de autorização de pagamento;

f)4) Filhos: Certidão de Nascimento ou cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e Formulário de autorização de pagamento;

f) 5) Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento; e

f) 6) Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.

f) 7) Declaração de únicos Herdeiros: caso o Segurado não tenha indicado seu(s) Beneficiário(s), em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente com a documentação do(s) respectivo(s) Beneficiário(s).

f) 8) Na ausência de Beneficiário(s) indicado(s) e se houver filhos, Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do Segurado, se os filhos forem Beneficiários.

18.4.3. Em caso de morte acidental:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário;

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

f) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;

g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

h) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;

i) Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do segurado, se os filhos forem beneficiários;

j) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado; e

k) Documentos do(s) Beneficiário(s):

1) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários;

2) Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento, além de informações sobre os dados bancários;

3) Filhos menores de 16 anos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento, além de informações sobre os dados bancários;

4) Filhos maiores de 16 anos: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência, além de informações sobre os dados bancários;

5) Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários; e

6) Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.

18.4.4. Se contratada a cobertura de Auxílio Funeral (AUX) ou Auxílio Funeral Familiar, além dos documentos listados nasalíneas 18.4.12 ou 18.4.33, será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

1) REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL:

- Originais dos comprovantes das despesas com Funeral;
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral;

o Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

2) REEMBOLSO DE DESPESAS COM LOCAÇÃO DE JAZIGO:

- Cópia do Contrato de locação do Jazigo;
- Originais dos comprovantes das despesas com a locação do jazigo;
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do responsável pela locação do Jazigo.

3) REEMBOLSO DE DESPESAS COM REPATRIAMENTO DO CORPO:

- Cópia autenticada do documento oficial comprobatório do repatriamento do corpo;
- Originais dos comprovantes das despesas com o repatriamento do corpo;
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com o repatriamento;

Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

a) Para menores de 14 (quatorze) anos, somente está previsto o reembolso dedespesas com funeral, não estando previsto o reembolso de despesas com locação ou compra de jazigo ou repatriamento de corpo.

b) A documentação informada acima é básica, podendo ser solicitados outros documentos complementares.

c) Em caso de Auxilio Funeral Familiar encaminhar documentação comprobatória do vinculo entre o sinistrado e o segurado.

18.4.5. Em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente:

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);

b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

f) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;

g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

h) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;

i) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
j) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.6. Em caso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas:
a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);
b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
e) Recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;
f) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
h) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.7. Em caso de diárias de internação hospitalar por acidente pessoal:
a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);
b) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
c) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/ medicamentos utilizados;
d) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
e) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
f) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
g) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.8. Em caso de invalidez funcional permanente total por doença:
a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.), informando a data de início da invalidez conforme diagnosticada na Declaração Médica, e descrição do 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;
b) Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por médico habilitado;
c) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e por Médico habilitado, contendo 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 3.3.1g) e 3.3.1h);

d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item 3.3.1g) e 3.3.1h);

e) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

f) Laudos e exames médicos;

g) Documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;

h) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;

i) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e

j) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.9. Em caso de diárias de internação hospitalar:

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);

b) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

c) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/ medicamentos utilizados;

d) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;

e) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;

f) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e

g) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.10. Em caso de diárias de incapacidade temporária:

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);

b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

d) O atestado de médico habilitado, em formulário a ser fornecido pela Seguradora, indicando o prazo de duração previsto em função da incapacidade adquirida pelo Segurado;

e) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;

f) Certificado de seguro;

g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e

h) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.11. Em caso de Doenças Graves:

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;

b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
c) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e do mês de ocorrência do sinistro;
d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
e) Cópia do comprovante de residência do Segurado;
f) Nos casos de Neoplasia Maligna (CÂNCER): laudo(s) médico(s) e exames complementares que confirmem o diagnóstico da doença;

18.4.12. Em caso de Filhos Póstumos

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal;
b) Certidão de obito do segurado
c) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Pai/Mãe ou responsável legal;
d) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Pai/Mãe ou responsável legal;
e) Cópia do comprovante de residência do Segurado;
f) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
g) Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho.

18.4.13. Em caso de Cesta Básica

a) Em caso de sinistro coberto por estas Condições Especiais, os documentos básicos a apresentar à Seguradora, de acordo com a natureza do evento, estão relacionados na condição especial da cobertura de morte.
b) O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Cesta Básica não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

18.4.14. Em caso de Adaptação de Casa e/ou Veículo por Invalidez

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado segurado;
b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
e) Boletim de Ocorrência Policial (quando o caso exigir);
f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente);

g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
h) Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
j) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do segurado;

18.4.15. Em caso de Verbas Rescisórias – Morte (VRM)

a) Formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
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) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
e) 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;
f) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
g) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.
h) Comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
i) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
j) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
k) Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
l) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
m) Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver;

18.5. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

18.6. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

18.6.1. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o Capital Segurado contratado, atualizado monetariamente.

18.7. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços médicos

legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

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

18.9. O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado Individual vigente na data do evento.

18.10. Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza ou extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, devem ser submetidas a uma junta médica, proposta pela Seguradora por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da contestação. A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

18.10.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempatador, será paga por ambos, em partes iguais.
18.10.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo Segurado.

18.11. Possuindo o Segurado mais de um Seguro, nesta ou em outra seguradora, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados pelo Segurado proporcionalmente aos limites segurados para a cobertura em todas as apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data do evento.

18.11.1.O Capital Segurado utilizado para o cálculo da responsabilidade desta Seguradora será o Capital Segurado Individual.

18.12. Para as coberturas de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) e Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA), caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).

18.12.1. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.
18.12.2.Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro.

18.13. As indenizações decorrentes das coberturas Morte, Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Auxílio Funeral (AUX) pagas sob a forma de pagamento único.

18.14. *As* indenizações decorrentes das coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) serão pagas mensalmente durante o período em que o Segurado se encontrar sob tratamento médico, observado o limite contratual máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

18.15. As indenizações decorrentes da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA) serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável contratado.

18.16. As indenizações decorrentes da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

18.17. BÔNUS POR NASCIMENTO E CESTA NATALIDADE: As indenizações decorrentes da cobertura de BÔNUS POR NASCIMENTO E CESTA NATALIDADE serão pagas após o nascimento do filho(a), onde deve apresentar a certidão de nascimento no prazo máximo de 90 dias.

- Formulário de aviso de sinistro;
- Cópia da certidão de nascimento;
- Cópia do RG/CPF do segurado;
- Cópia do RG/CPF da mãe;

18.18. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

19. Opção Pela Prestação dos Serviços de Assistência Funeral

19.1. Quando contratada a cobertura prevista no item 3.2.4 e realizada a opção pela prestação dos serviços de Assistência Funeral, os serviços garantidos por este Seguro serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.

19.1.1. Ressalta-se que a boa execução dos serviços dependerá, também, da colaboração dos familiares do Segurado, os quais deverão acionar imediatamente o serviço de Assistência na eventualidade do óbito do Segurado, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada para providenciar o funeral, junto aos órgãos e repartições públicas, sempre que for necessário.

19.2. Ao se acionar o serviço de Assistência, deverá ser informado o nome do Segurado falecido e o número da Apólice correspondente.

19.3. O presente Seguro não contempla a prestação dos seguintes serviços:

19.3.1. Aquisição de jazigo ou carneiro;

19.3.2. Cremação, em caso de falecimento, para Segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço;

19.3.3. Despesas extras ou não previstas no padrão de serviço contratado;
19.3.4. Pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência do Seguro;
19.3.5. Exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
19.3.6. Custos de manutenção do jazigo;

19.3.7. Não serão prestados os serviços nas localidades onde a legislação não permita que a Seguradora ou seus conveniados possam intervir.

20. Perda do Direito à Indenização

20.1. O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do(s) prêmio(s) vencido(s), caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos, seu(s) corretor(es) de seguro ou seu(s) Beneficiário(s):

20. 1.1. Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Contratação que tenham influenciado na aceitação do Seguro;
20. 1.2. Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações que tenham influenciado no valor do prêmio;
20. 1.3. Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;
20. 1.4. Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências; e/ou
20. 1.5. Se houver, intencionalmente, o agravo do risco Segurado.

20. 2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 20.1.1, não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

20. 2.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
a) Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
20. 2.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
a) Cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
20. 2.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado Individual, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

20. 3. Nulo será o Contrato para cobertura de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

20. 4. O(s) Beneficiário(s) não terão direito ao Capital Segurado quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual.

20. 5. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o 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.

20. 5.1. 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.
20.5.2. 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.

20. Cancelamento do Seguro

20.1. Em caso de inadimplência por falta de pagamento de 2 (dois) prêmios, consecutivos ou alternados, o Seguro será cancelado 30 (trinta) dias após da data do vencimento do segundo prêmio não pago.

21. 1.1. Nos seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.
21. 1.2. Nos seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

21. 2. Caso não haja o pagamento do primeiro prêmio, a contratação do seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.

21. 3. O Seguro poderá ser rescindido mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias, pela Seguradora, em caso descumprimento das obrigações previstas no item 24 por parte do Estipulante.

21. 4. No caso de falência, extinção, liquidação ou desaparecimento do Estipulante, o Seguro será automaticamente rescindido.

21. 5. Mediante acordo entre as partes contratantes e com anuência prévia e expressa de, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado, a Seguradora ou o Estipulante, poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de aniversário da mesma.

21. 6. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da Seguradora quanto do Estipulante e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.

21. 7. O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

22. Cessação da Cobertura Individual

22.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

22. 2. O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não-renovação, desde que não haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice.

22. 2.1. Caso haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice, será mantida a cobertura de tais riscos até a extinção dos mesmos, contudo não será aceito o recebimento de novos prêmios para novos períodos de vigência.

22. 3. A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado à cobertura Morte.

22. 4. A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), somente no caso de ocorrer a antecipação de 100% (cem por cento) da Morte.

22. 5. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

22. 5.1. Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; ou
22. 5.2. Quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

22. 6. Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:
22. 6.1. Se for cancelada a respectiva Cobertura Suplementar;
22. 6.2. Se o Segurado Principal deixar o grupo segurado;
22. 6.3. Com a morte do Segurado Principal; ou
22. 6.4. No caso de cessação da condição de Dependente.

23. Excedente Técnico

23.1. Se previsto no Contrato de Seguro, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:

23.1.1. A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.

a) Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:
a) 1) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e
a) 2) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

b) São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:
b) 1) Comissões de corretagem pagas durante o período;
b) 2) Comissões de administração pagas durante o período;
b) 3) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
b) 4) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
b) 5) Despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.

c) As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
c) 1) O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
c) 2) O aviso à seguradora, para sinistros;
c) 3) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
c) 4) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

23.2. A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato de Seguro até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro, observando o disposto no item 23.4.

23.3. A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato de Seguro, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

23.4. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida no Contrato de Seguro.

23.5. Nos seguros em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Contrato a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

24. Obrigações do Estipulante

24.1. Constituem obrigações do Estipulante:

24.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
24.1.2. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
24.1.3. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
24.1.4. Discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
24.1.5. Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
24.1.6. Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
24.1.7. Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
24.1.8. Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
24.1.9. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
24.1.10. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
24.1.11. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
24.1.12. Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado; e
24.1.13. Informar à Seguradora quaisquer variações que resultem em uma redução igual ou superior a 20% (vinte por cento) no número de funcionários, tomando-se por base o número do grupo inicial.

24.2. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das coberturas, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

25. Regime Financeiro

25.1. Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para segurados e/ou Estipulante.

26. Material de Divulgação

26.1. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.

26.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

27. Mora

27.1. A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 18.3 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que se tornar exigível.

27.1.1. Em caso da devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.

27.2. Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 12% a.a. (doze por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do INPC/IBGE, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

27.2.1. Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

28. O Foro

28.1.O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário ou do Estipulante, conforme o caso.

Tabela para cálculo indenização em caso de invalidez permanente por acidente

INVAL PERM	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CS
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um inferior	100	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100	Alienação mental total incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

Tabela para cálculo indenização em caso de invalidez permanente por acidente

INVAL PERM	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CS
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose total de um dos punhos	20	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3	

Tabela para cálculo indenização em caso de invalidez permanente por acidente

INVAL PERM	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CS	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CS
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 deumpé	20
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20
	Ancilose total de um quadril	20	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1o. (primeiro) dedo	10	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores:		Perda total do uso de uma falange do 1o. Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15		
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10		
	De 3 (três) centímetros	06		
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização			

Tabelas IAIF

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
Relações do Segurado com o cotidiano	**1º Grau** *O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; caminha 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.*	*00*
	2º Grau *O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativa, ou prejuízo intelectual e de cognição.*	*10*
	3º Grau *O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental;*	*20*
Condições Clínicas e estruturais do Segurado	**1º Grau** *O Segurado apresenta-se saudável; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.*	*00*
	2º 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 Grau *O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico.*	*20*

Tabelas IAIF

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
Conectividade do Segurado com a vida	**1º Grau** *O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar seus dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.*	*00*
	2º 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 uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).*	*10*
	3º 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 subsistências alimentar diárias.*	*20*

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC - Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta).	*02*
Há riscos de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso	*02*
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	*04*
Existem mais de dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	*04*
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevida e/ou refratariedade terapêutica.	*08*