

VIDA INDIVIDUAL

Processo Susep Nº.

15414.628514/2024-15



BVIX
SEGURADORA

CONDIÇÕES GERAIS

Rua Pequetita, 215, Conj. 41. Vila Olímpia, São Paulo - SP. CEP 04552-060

[*bvixseguradora.com.br](http://bvixseguradora.com.br)

Sumário

1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. DEFINIÇÕES	5
3. COBERTURAS DO SEGURO	10
4. RISCOS EXCLUÍDOS	13
5. CONTRATAÇÃO	15
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO	17
7. INCLUSÃO DE SEGURADOS	18
8. IGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	19
9. IGÊNCIA DAS COBERTURAS INDIVIDUAIS	20
10. CAPITAL SEGURADO	21
11. BENEFICIÁRIOS	22
12. CUSTEIO DO SEGURO	23
13. PAGAMENTO DE PRÊMIO	24
14. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS	26
15. CARÊNCIA E FRANQUIA	27
16. CANCELAMENTO DO SEGURO	28
17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	29
18. PERDA DE DIREITOS	30
19. EMBARGOS E SANÇÕES	32
20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	33
21. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO	35
22. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES	36
23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	37
24. FORO	38
25. DISPOSIÇÕES FINAIS	39
MORTE QUALQUER CAUSA	40
MORTE ACIDENTAL - MA	44
REEMBOLSO DESPESA COM FUNERAL	49
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	54
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO DE MEMBROS	62
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	71
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA	76
AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE	78
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE (DMHO)	80
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE EM VIAGEM (DMHO EM VIAGEM)	83
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (AED) QUALQUER CAUSA	86

DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH).....	92
DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR ACIDENTE (DIH-UTI)	96
DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)	100
RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)	107
PERDA DE EMPREGO	120
DOENÇA CONGÊNITA DO FILHO (DCF)	123
DESPESAS EMERGENCIAIS MORTE.....	126
DESPESAS EMERGENCIAIS MORTE POR ACIDENTE	127
AUXILIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE	128
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER	130
NASCIMENTO PREMATURO	134
COBERTURA DE AUXÍLIO CASAMENTO	136
ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPINV)	138
FILHOS PÓSTUMOS	147
CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE.....	149
CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF).....	152
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE BÔNUS POR NASCIMENTO E CESTA NATALIDADE	154
INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE (ILPTA)	156

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos, de acordo com as coberturas contratadas pela seguradora, dentro do período de cobertura do seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as Condições Gerais, Especiais, e as demais condições contratuais que fazem parte deste seguro.

2. DEFINIÇÕES

Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

2.1 Acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, 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 de 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, dos quais o segurado seja a vítima; 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, moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: 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, conforme definição do item 2.1.

- 2.2 Agravamento do Risco: circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.
- 2.3 Âmbito Geográfico: termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida.
- 2.4 Apólice: documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando a(s) cobertura(s) contratada(s).
- 2.5 Atividade Profissional: é a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência mediante remuneração.
- 2.6 Atividade Laborativa Principal: aquela através da qual o segurado obtém a maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.
- 2.7 Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.
- 2.8 Auditoria Médica: é a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado se submete para fins de comprovação do Sinistro.
- 2.9 Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.
- 2.10 Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada que terá direito ao recebimento do valor do capital segurado contratado, em decorrência de sinistro coberto.
- 2.11 Cancelamento: ato pelo qual a apólice será cancelada antes da data prevista para término de sua vigência.
- 2.12 Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) cobertura(s) contratada(s), em caso de ocorrência de evento coberto. Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.
- 2.13 Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) cobertura(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento de prêmio. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as Cláusulas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência.
- 2.14 Certificado Individual do Seguro: é o documento destinado ao Segurado, emitido quando da aceitação, renovação ou alteração no seguro, que indica a vigência do Seguro, a(s) cobertura(s) contratada(s), o(s) valor(es) do(s) Capital(is) Segurado(s) e o prêmio contratado.
- 2.15 Coberturas do Seguro: são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.
- 2.16 Comoriência: será configurada quando dois ou mais indivíduos falecerem na mesma ocasião, não se podendo averiguar qual deles morreu primeiro. Neste caso, presumir-se-á simultaneamente o falecimento.

2.17 Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação do seguro, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato e da Declaração Pessoal de Saúde e Atividade.

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

2.19 Condições Gerais: conjunto de cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas contratuais de um plano de seguro, que estabelecem obrigações e direitos das partes contratantes.

2.20 Contrato: instrumento jurídico firmado entre a segurado e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, entre as quais as particularidades operacionais, e fixa os direitos e obrigações do segurado, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários, de forma complementar às condições gerais e às condições especiais.

2.21 Corretor de Seguros: é o profissional escolhido diretamente pelo segurado, intermediador, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

2.22 Curador: pessoa encarregada judicialmente de administrar ou fiscalizar bens ou interesses de outra pessoa.

2.23 Doenças e/ou lesões preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, de conhecimento do proponente e não declaradas na proposta de adesão.

2.24 Doença Profissional: são as doenças constantes da lista das doenças profissionais instituída pelo Ministério da Saúde e que sejam ocasionadas, necessária e diretamente, pelo exercício da atividade profissional do Segurado.

2.25 Dolo: má-fé, qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro.

2.26 Endosso: documento, emitido pela seguradora, pelo qual se formaliza qualquer alteração na apólice.

2.27 Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, ocorrido durante a vigência do seguro, passível de ser indenizado de acordo com as coberturas contratadas.

2.28 Excedente técnico: saldo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva para determinado período.

2.29 Franquia: é o período de tempo em cada evento coberto, contado da data de ocorrência do sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, ou valor determinado que representa a parte do prejuízo indenizável que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro. Assim, se o valor do prejuízo de determinado sinistro não superar a franquia, a seguradora não indenizará o segurado, suportando o segurado as suas consequências.

2.30 Final de Vigência: data final para ocorrência de riscos previstos em uma apólice de seguro. O final de vigência do Seguro ocorrerá às 24 horas do dia anterior ao seu aniversário, respeitando-se a vigência contratada.

2.31 Foro: no Contrato de Seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.

2.32 Grupo segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

2.33 Incapacidade Temporária: é a perda total, contínua e temporária da capacidade para a prática da Atividade Profissional, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença.

2.34 Indenização: valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições do seguro e dentro dos limites contratados.

2.35 Índice para atualização de valores: é o índice utilizado para atualização monetária das obrigações pecuniárias contratuais, a partir da data em que se tornarem exigíveis. Neste plano de seguro, o índice estabelecido é o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

2.36 Início de Vigência: data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

2.37 Liquidação de Sinistro: pagamento da indenização (ou reembolso) relativa a um sinistro.

2.38 Má-Fé: agir de modo contrário a lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente.

2.39 Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

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

2.41 NYHA: tabela funcional da New York Heart Association que permite classificar a extensão da insuficiência cardíaca congestiva.

2.42 Perícia Médica: é a avaliação feita por um médico a qual o segurado é submetido para fins de comprovação do sinistro.

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

2.44 Prêmio: é a importância paga pelo Segurado à Seguradora para garantir o risco contratado, desde que coberto.

2.45 Processo SUSEP: é o registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.

2.46 Proponente: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) do seguro, mediante preenchimento e protocolo da Proposta de Contratação na Seguradora.

2.47 Proposta de Adesão: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.48 Proposta de Contratação: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, segurado pessoa física ou jurídica, seu representante legal ou corretor de seguros, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.49 Pro-rata temporis: critério de cálculo de devolução da parte do prêmio devido, em caso de o contrato cessar os seus efeitos antes da data inicialmente prevista para o fim da sua vigência. Com ela se pretende dizer que o valor de prêmio a devolver é proporcional ao período de tempo pelo qual o contrato deixou de estar em vigor, tendo em consideração o prazo inicialmente contratado.

2.50 Renda: é a série de pagamento periódicos a que tem direito o(s) beneficiário(s) ou o próprio segurado, de acordo com a estrutura do plano.

2.51 Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, especiais e/ou no contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.

2.52 Segurado: é a pessoa física que está exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas.

2.53 Segurado Dependente: cônjuge/companheiro(a) e filhos dependentes do segurado principal, assim considerados conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

2.54 Seguradora: empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil e que, mediante o recebimento do prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

2.55 Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.56 Seguro Contributivo: aquele em que os segurados pagam o prêmio, parcial ou totalmente.

2.57 Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.

2.58 Vigência: período pelo qual está contratada a cobertura do seguro.

2.59 Vigência da Cobertura Individual: período em que os segurados terão direito às coberturas contratadas, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1 As coberturas do seguro podem ser contratadas respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela seguradora.

3.2 O objetivo da cobertura, riscos cobertos e riscos excluídos estão dispostos nas respectivas condições especiais.

3.3 As coberturas passíveis de contratação são:

MORTE QUALQUER CAUSA

- a) INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL – IEA;
- b) REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL
- c) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA);
- d) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO DE MEMBROS (IPAM);
- e) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA);
- f) AUXÍLIO CESTA BÁSICA (CB);
- g) AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE (CBAA);
- h) DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO
- i) DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS EM VIAGEM – (DMHO EM VIAGEM)
- j) DOENÇAS GRAVES – DG / ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (AED)
- k) DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – DIH
- l) DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR – DIH-UTI
- m) DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – DIT
- n) RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE POR DOENÇA OU ACIDENTE – (RIT)
- o) DESEMPREGO
- p) DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DCF)
- q) DESPESAS EMERGENCIAIS – MORTE
- r) DESPESAS EMERGENCIAIS – MORTE POR ACIDENTE

- s) AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE
- t) DIAGNÓSTICO DE CÂNCER
- u) NASCIMENTO PREMATURO
- v) AUXÍLIO CASAMENTO
- w) ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ
- x) FILHOS PÓSTUMOS
- y) EDUCACIONAL
- z) CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE E DEPENDENTES
- aa) PET
- bb) BÔNUS POR NASCIMENTO E CESTA NATALIDADE
- cc) INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA
- dd) FUNERAL FAMILIAR OU ESTENDIDO
- ee) DESPESAS DIVERSAS
- ff) SERIT
- gg) MORTE ACIDENTAL CÔNJUGE
- hh) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE CÔNJUGE
- ii) INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE CÔNJUGE
- jj) DOENÇAS GRAVES – DG / ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (AED) DO CÔNJUGE

3.3.1 As coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.2 As coberturas de Assistência Funeral por Morte e Assistência Funeral por Morte Acidental não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.3 As coberturas de Auxílio Funeral por Morte e Auxílio Funeral por Morte Acidental não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.4 As coberturas de Auxílio Cesta Básica e Auxílio Cesta Básica por acidente não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.5 As coberturas de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (RIT) e Renda por

Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (RIT-Acidente) não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.6 As coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) e Diárias de Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (DIT-Acidente) não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.7 As coberturas de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH) e Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva por Acidente (DIH-UTI) não podem ser contratadas em conjunto.

3.3.8 As coberturas de Doenças Graves – 10 tipos e Doenças Graves – 17 tipos não podem ser contratadas em conjunto.

3.4 Cláusulas Suplementares: Este seguro pode contemplar, opcionalmente, as seguintes cláusulas suplementares, que serão especificadas em condições especiais e no contrato, se contratadas:

- a) Inclusão de Cônjuge (IC);
- b) Inclusão de Filhos (IF);
- c) Reversão de Excedente Técnico.

3.5 Será(ão) expresso(s) contratualmente a(s) cobertura(s) contratada(s).

3.6 Somente os sinistros decorrentes das coberturas contratadas pelo segurado estão amparados pelo seguro, observadas as condições contratuais, condições gerais e especiais.

3.7 Deverá ser informado na Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar.

3.8 As coberturas contratadas e os respectivos valores dos Capitais Segurados estarão expressos na apólice, na Proposta de Contratação e no contrato.

3.9 No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes, incluindo despesas com traslado. Não estarão cobertas despesas com aquisição e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

3.10 Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear, explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, 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, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, definidas como de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão individual;
- d) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- e) Doação e transplante intervivos;
- f) Suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Em caso de aumento de capital segurado durante o curso do contrato, a carência para suicídio é contada somente para a parcela aumentada;
- g) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- h) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário.
- i) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico;
- j) Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;
- j.1) Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;
- k) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- l) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo quando a morte ou a incapacidade do 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;
- m) Quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo

Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro; e

n) Do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

4.2 Estão também excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de evento coberto, decorrentes de:

a) Danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos por este seguro as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

b) Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética.

c) Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que, mesmo sem ferir ou causar estragos ao patrimônio material de uma pessoa, ofenda seus princípios e valores de ordem moral, relacionados à sua honra, seus sentimentos a sua dignidade, como também de sua família.

d) Quando proveniente de ação judicial, ficará à critério do juiz o reconhecimento da existência de tal dano, bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, que deverá ser direcionada contra o efetivo causador do dano.

e) Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos por este seguro as indenizações por DANOS MATERIAIS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

f) Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e pode ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.

g) Lucros cessantes/perdas e danos/danos emergente resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.

4.3 Não se consideram Riscos Excluídos os eventos decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4.4 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à garantia do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

5. CONTRATAÇÃO

5.1 Considera-se contratado o seguro quando a Proposta de Contratação, contendo os elementos mínimos essenciais ao exame da aceitação de risco, devidamente preenchida e assinada pelo Proponente, for aceita pela BVIX SEGURADORA momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

5.2 Este seguro poderá ser contratado por pessoas físicas ou jurídicas, desde que comprovem vínculo anterior ao seguro.

- a. As pessoas físicas ou jurídicas que contratarem o seguro serão as segurados das apólices.
- b. A celebração do contrato de seguro e sua(s) alteração(ões) somente poderão ser feitas mediante recebimento por parte da seguradora da proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, através de seu corretor de seguro.
- c. A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- d. A proposta de contratação conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, com a expressa intenção de o proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, contratar uma cobertura ou mais coberturas, além da manifestação de seu pleno conhecimento das condições contratuais do seguro.
- e. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.
- f. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de contratação ou de alteração da apólice, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
 - i. No caso de solicitação de documentos complementares, este prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
 - ii. A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.
- g. Em caso de não aceitação da proposta de contratação, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.
 - i. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

- h. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora nos prazos previstos no item 5.8 caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.
- i. A contratação será celebrada mediante contrato, que definirá as particularidades operacionais e as obrigações da seguradora e do segurado em especial no que se refere às relações com os segurados e beneficiários.
- j. No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, a apólice será emitida e enviada ao segurado no prazo de 15 (quinze) dias.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO

6.1 As coberturas do seguro abrangem eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário prevista nas Condições Especiais e/ou no Contrato.

7. INCLUSÃO DE SEGURADOS

7.1 Poderão ser aceitos no seguro, mediante análise e aceitação da Proposta de Adesão e observadas as demais cláusulas destas condições gerais e especiais, os seguintes proponentes:

7.1.1 Da inclusão de Cônjuge e Filhos

7.2 Da inclusão de Cônjuge e Filhos

7.2.1 O cônjuge do segurado principal poderá participar do seguro de forma facultativa ou automática, na qualidade de segurado dependente, considerando-se cônjuge a pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como o(a) companheiro(a) do segurado principal, observada a legislação brasileira a respeito da união estável.

7.2.2 O(s) filho(s) do segurado principal poderá(ão) participar do seguro de forma automática, na qualidade de segurado(s) dependente(s).

7.2.3 O capital segurado do componente dependente não poderá, em nenhuma hipótese, ser superior ao capital segurado do componente principal.

7.2.4 Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado principal, desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor, por ocasião da ocorrência de eventual sinistro.

7.2.5 Para efeitos deste seguro podem ser segurados dependentes os filhos considerados dependentes conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

7.3 A proposta de adesão conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco.

7.4 A aceitação do proponente estará sujeita à análise de risco.

7.5 A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de adesão do proponente, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

7.5.1 No caso de solicitação de documentos complementares, este prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.5.2 A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

7.6 Em caso de não aceitação da proposta de adesão, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.

7.6.1 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.7 A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora nos prazos previstos no item 7.7 caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

8.1 As apólices, certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas e expressamente acordada entre as partes.

8.2 A data de início de vigência será a prevista na proposta de contratação e indicadas na apólice, quando a proposta for recepcionada sem pagamento de prêmio.

8.2.1 A data de início de vigência será a data de recebimento da proposta pela seguradora quando esta for recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

8.3 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

8.4 A renovação automática do seguro somente poderá ser feita uma única vez, e por igual período, salvo se o segurado ou a seguradora comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice

8.5 Uma vez renovada automaticamente a apólice, as demais renovações devem ser processadas de forma expressa, desde que não haja desistência da seguradora até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento, servindo-se o segurado de meio que demonstre sua vontade em renovar o seguro.

8.6 No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

8.7 Este seguro é contratado por prazo determinado, tendo à seguradora a faculdade de não renovar a apólice no término de sua vigência, sem devolução dos prêmios pagos.

8.8 Caso o segurado ou a seguradora não tenham interesse na renovação do seguro, comunicarão sua intenção à outra parte mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias em relação ao final de vigência da apólice.

8.9 Qualquer alteração neste contrato somente terá validade se for feita por meio de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a Aceitação do seguro.

8.10 Caberá ao SEGURADO solicitar a Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do Capital Segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e Aceitação do Risco.

8.11 Este Seguro não poderá ser renovado caso essa Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante SUSEP, desde que seja dada ciência ao Segurado, até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.

8.12 Caso o valor do Capital Segurado atinja o Limite Técnico que a Seguradora assumiu como de sua responsabilidade, o seguro poderá não ser renovado.

8.13 Para efeito de pagamento de sinistro, na hipótese de o capital segurado exceder o Limite Técnico da Seguradora, o Segurado não será penalizado.

8.14 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a vigência do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência, se esta não for renovada.

9. VIGÊNCIA DAS COBERTURAS INDIVIDUAIS

9.1 O início de vigência do certificado individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido contratualmente e constará no Certificado Individual do Seguro.

9.2 Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

9.3 Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

9.4 Os certificados individuais seguirão a vigência da apólice, observados os demais termos destas condições gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento da apólice ou do seguro Individual.

10. CAPITAL SEGURADO

10.1 O Capital Segurado de cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente e constará nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

10.2 Considera-se como data da ocorrência de sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) Na cobertura de morte – a data do falecimento;
- b) Nas demais coberturas, se contratadas – a data estabelecida como data do evento nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

11. BENEFICIÁRIOS

11.1 Cabe ao segurado, exclusivamente, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) beneficiário(s), mediante declaração feita formalmente à seguradora, sob pena de não validade à alteração.

11.2 Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

11.3 A seguradora não sendo informada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

11.4 No caso de beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto na lei.

11.5 É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

11.6 Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, mediante comunicação expressa à seguradora.

11.7 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de beneficiário(s) feita pelo segurado, desde que recebida pela seguradora no mês de competência da assinatura.

11.8 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) beneficiário(s)/segurado(s) dependente(s), a indenização referente à(s) cobertura(s) contratada deverá(ão) ser paga(s) aos respectivos beneficiário(s) indicado(s) ou, na ausência, aos herdeiros legais dos segurados.

11.9 A pessoa jurídica somente poderá ser beneficiária do seguro se comprovado o legítimo interesse para figurar nessa condição.

12. CUSTEIO DO SEGURO

12.1 Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:

12.1.1 Contributário: aquele em que os segurados contribuem com o pagamento do prêmio, parcial ou totalmente.

13. PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.1 O pagamento do prêmio à Seguradora será feito pelo SEGURADO, nos prazos estabelecidos contratualmente.

13.2 A periodicidade e a forma de pagamento dos prêmios serão definidas no contrato do seguro, podendo ser mensal, trimestral, semestral, anual ou fracionado.

13.3 O pagamento do prêmio será feito à seguradora por intermédio da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei, conforme disposto nas condições contratuais.

13.4 A data limite para o pagamento do prêmio estará expressa no documento de cobrança emitido pela seguradora.

13.5 Se a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

13.5.1 Em caso de periodicidade mensal, o não pagamento do prêmio até a data limite estabelecida no item

13.4 não acarretará a suspensão imediata, e estará sem prejuízo a(s) cobertura(s) do seguro, havendo tolerância de até 90 (noventa) dias a partir dessa data para regularização do pagamento.

13.5.2 O SEGURADO em mora será notificado para pagamento do prêmio em atraso, sendo ainda cientificado de que o não pagamento em 90 (noventa) dias, a contar de seu vencimento, cancelará automaticamente o seguro, sem prejuízo da cobrança, pela seguradora, dos prêmios vencidos e não pagos.

13.5.3 Ao prêmio pago em atraso serão acrescidos juros praticados pelo mercado financeiro (multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso e juros de 1% (um por cento) ao mês), calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.

13.5.4 No seguro com prêmio fracionado, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

13.6 O não pagamento do prêmio à vista ou o não pagamento da 1ª (primeira) parcela, nos casos de seguros com fracionamento de prêmio, na data indicada no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático da apólice, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

13.7 Nos seguros com prêmio fracionado, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à 1ª (primeira), o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original	Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

1.1 Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

1.1.1 A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do item 13.7.

1.1.2 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no item 13.7, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

1.1.3 Findo o novo prazo de vigência da cobertura, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

1.1.4 No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a sociedade seguradora poderá cancelar o contrato.

14. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS

14.1 Fica reservado à seguradora o direito de recalcular o prêmio no final da vigência, salvo prazo menor estipulado, deste contrato de seguro, caso venha a ocorrer à necessidade de reenquadramento das taxas visando o equilíbrio atuarial deste plano.

14.2 Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir da renovação da próxima vigência da apólice, salvo prazo menor estipulado no contrato de seguro, desde que comunicado mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.

15. CARÊNCIA E FRANQUIA

15.1 Neste seguro poderão ser aplicadas carências e franquias durante as quais, em caso de sinistro, a seguradora fica isenta da responsabilidade de pagamento do capital segurado.

15.2 Se houver prazo de carência fixado, este não poderá exceder à metade do prazo de vigência do contrato.

15.3 Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados da data de inclusão do segurado no seguro. Em caso de aumento de capital segurado durante o curso do contrato, a carência para suicídio é contada somente para a parcela aumentada.

15.4 Na hipótese de aumento do Capital Segurado Individual, o seguro estará sujeito a novo período de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 Decorridos 90 (noventa) dias contados da data limite estabelecida no item “Pagamento de Prêmio”, sem que o prêmio tenha sido pago, o seguro fica automaticamente cancelado.

16.2 No período de mora no pagamento do prêmio, não haverá suspensão das cláusulas, sem prejuízo à cobrança dos prêmios respectivos.

16.2.1 Nesse caso, a seguradora poderá reter o prêmio recebido e os emolumentos, proporcional ao tempo decorrido.

16.2.2 No caso de haver parcelas em atraso intercaladas com parcelas pagas, será considerada a 1ª (primeira) parcela em atraso para fins de determinação do período de inadimplência, independente de parcelas posteriores pagas.

16.2.3 Transcorrido o período de tolerância sem pagamento dos prêmios, o seguro será cancelado por motivo de inadimplência, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade quanto aos eventuais sinistros ocorridos a partir de então.

16.3 A apólice não poderá ser cancelada durante sua vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

16.4 O presente seguro somente poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, e em caso de seguro com custeio tributário dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

16.4.1 Em caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I- a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

II- quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposto no § 4º do art. 46 da Circular SUSEP 302/05.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

17.1 A cobertura de cada segurado cessará ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

17.2 Também, a cobertura de cada segurado cessará caso o contrato de seguro seja cancelado durante a sua vigência por acordo entre as partes.

17.3 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessará, ainda:

- a) Com a morte do segurado;
- b) Com a caracterização de sinistro na cobertura de invalidez permanente e total por acidente, se contratada a cobertura;
- c) Com a caracterização de sinistro nas coberturas de invalidez permanente e total por doença, seja na modalidade funcional ou laborativa, Antecipação Especial por Doença e Diagnóstico de câncer, se contratadas as coberturas desses riscos e desde que o capital segurado seja igual ao da cobertura de Morte;
- d) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o segurado;
- e) Com o agravamento intencional do risco.

17.4 Além das disposições mencionadas para a cessação da cobertura do segurado principal, a cobertura de cada segurado dependente será descontinuada:

- a) Se for cancelada a respectiva cláusula suplementar;
- b) Com o cancelamento do seguro do segurado principal;
- c) Com a morte ou a caracterização de sinistro nas coberturas de invalidez permanente e total por acidente, invalidez permanente e total por doença, seja na modalidade funcional ou laborativa e Antecipação Especial por Doença, se contratada a cobertura desse risco, do segurado principal;
- d) No caso de cessação da condição de dependente.

18. PERDA DE DIREITOS

18.1 A seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja:

- a) Prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou do outro;
- b) Dolo, simulação ou prática de fraude por parte do segurado no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
 - b.1) Nos seguros estipulados por pessoas jurídicas, a restrição acima abrange os sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários ou respectivos representantes.
- c) Agravamento intencional do risco ou das consequências/lesões resultantes de um sinistro, que em um primeiro momento, estaria coberto, por parte do segurado;
- d) Declarações inexatas ou omissão de circunstâncias que possam influir ou ter influído na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando, o segurado, obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

18.2 Se a inexatidão ou omissão nas declarações a que se refere à letra “d” do item acima não resultar de má-fé, a seguradora poderá:

I - na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

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

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

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

18.3 O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, quaisquer alterações ocorridas durante a vigência do seguro que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza do risco coberto, ou qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

18.3.1 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.

18.3.2 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.

18.4 A não comunicação de circunstâncias que caracterizam o agravamento de risco implicarão na perda ao direito do Capital Segurado contratado, conforme previsto no artigo 768 do Código Civil que dispõe sobre o dever de o segurado comunicar à seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.

19. EMBARGOS E SANÇÕES

19.1 Fica entendido e acordado que respeitando-se todo o conteúdo das Condições Gerais, Coberturas Adicionais, Cláusulas Específicas e Cláusulas Particulares do presente contrato de seguro, ficam estabelecidos critérios e procedimentos em relação a situações de suspensão de cobertura no pagamento de indenizações ou restituições devidas pela Seguradora nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) ou país (es), estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) às sanções previstas na legislação Brasileira ou Internacional, conforme descrito nas listas de embargos e sanções, não se limitando a estas:

- a) Organização das Nações Unidas - ONU: <https://nacoesunidas.org/conheca/>
- b) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>
- c) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>
- d) Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: <http://www.fazenda.gov.br/assuntos/prevencao-lavagem-dinheiro/alertas-pld-ft>

19.1.1 As listas acima poderão sofrer atualizações de acordo com seus Órgãos Reguladores.

19.2 Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou país(es), nas listas de embargos e Sanções, as coberturas deste seguro, bem como quaisquer indenizações estarão suspensas pelo período em que o segurado, seus beneficiários ou país (es), estiverem incluídos em Listas de Sanções e embargos, desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

19.3 Ratificam-se os demais Termos, Cláusulas e Condições não modificados por esta Cláusula.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

20.1 Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à seguradora, esta deverá ser comunicada pelo segurado, seus representantes ou beneficiários, através do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, por qualquer meio de comunicação idôneo, porém não desobrigando o segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

20.2 Para a análise do sinistro, a seguradora solicitará documentos básicos de acordo com a natureza do sinistro e as coberturas contratadas.

20.3 O pagamento de qualquer capital segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado, em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos básicos relacionados.

20.4 Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles mencionados, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias previsto no item 19.3 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar.

20.5 Após o prazo previsto no item 19.3, os valores serão atualizados pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item “Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro”, a partir da data de sua exigibilidade, e acrescidos de juros moratórios de 6% ao ano, a partir do último dia previsto para o pagamento.

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

20.6 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito, independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

20.7 O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única ou de renda, conforme definido nas condições especiais de cada cobertura e nas condições contratuais.

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

20.8 Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

20.9 Eventuais despesas com a comprovação do evento e/ou documentos exigidos quando da abertura do sinistro correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

20.10 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 limite de cobertura

estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

20.11 Fica estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

21. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO

21.1 O capital segurado e os prêmios poderão ser atualizados anualmente, pelo IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na variação positiva do último índice publicado antes da renovação da apólice.

21.1.1 Alternativamente ao critério de utilização mencionado no item 20.1 poderá se estabelecer ainda a atualização do capital segurado e prêmios de acordo com os limites acordados em Convenção Coletiva da Categoria, visando garantir os interesses dos contratantes, cujos valores estarão em consonância com a dita Convenção.

21.2 A seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária das suas obrigações pelo IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

21.2.1 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios de 6% (seis por cento) a.a. será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

21.3 Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária dos valores do seguro terá por base o IPC - FIPE - Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, ou outro índice que vier a substituí-lo.

22. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

22.1 Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, no qual todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano, em um determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração, comercialização e pagamento de sinistros ocorridos no mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada, inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao segurado, ao beneficiário, a este título, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura, respeitados, inclusive, os riscos excluídos.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

23.1 As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial deste seguro, submetidas à SUSEP.

24. FORO

24.1 Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para processamento de quaisquer questões judiciais entre as partes.

24.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

25. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

25.3 Os valores de capitais segurados e de prêmios são expressos em moeda nacional.

25.4 Qualquer direito do segurado ou do(s) beneficiário(s), com fundamento neste seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela lei.

25.5 O segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

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

1.2 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.

MORTE QUALQUER CAUSA

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, por causa natural ou acidental devidamente coberta, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

2.1.1 Acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares

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

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, definido no item 2.1.1.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se risco coberto a ocorrência de morte do segurado, seja natural ou acidental, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. Riscos Excluídos

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Indenização por morte, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Cancelamento da cobertura individual

6.1 Após o pagamento de indenização por morte, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7. Liquidação de Sinistros

7.1 Para a cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

7.1.1 Em caso de morte do segurado por causa natural:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia autenticada);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- e) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor (cópia simples);

- f) Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado (cópia simples);
- g) Declaração de únicos herdeiros (original);
- h) Todos os laudos e exames realizados desde a data de diagnóstico da doença até a data do óbito (cópia simples);
- i) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- j) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

7.1.2 Em caso de morte do segurado por causa acidental, adicionalmente aos documentos relacionados no item 7.1.1, excetuando o documento citado na alínea “h”:

- a) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- b) Boletim de Ocorrência Policial (cópia simples);
- c) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) (cópia simples);
- d) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- e) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado (cópia simples);
- f) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir) (cópia simples);
- g) Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver) (cópia simples);
- h) Laudo de Perícia Técnica (se houver) (cópia simples).

7.2 Para todos os beneficiários do segurado na cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

- a) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
- b) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) (cópia simples);
- c) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- d) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples).

7.2.1 Se o beneficiário for cônjuge do segurado, o documento básico adicional é a cópia

simples da certidão de casamento do segurado, atualizada com as averbações.

7.2.2 Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado (cópia simples).

7.2.3 Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Certidão de Nascimento (cópia simples);

b) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada filho (cópia simples).

8. Beneficiários

8.1 Em caso de morte do segurado principal, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, obedecidas as disposições do item “Beneficiários”, das Condições Gerais ou, na falta destes, pela ordem de sucessão legal.

9. Disposições Gerais

9.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

MORTE ACIDENTAL – MA

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, em consequência exclusiva de acidente pessoal devidamente coberto, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

2.1.1 Acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, do segurado observando-se que:

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

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, definido no item 2.1.1.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se risco coberto a ocorrência de morte acidental do segurado, exclusivamente, causada por acidente pessoal coberto pelo seguro, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. Riscos Excluídos

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. Capital Segurado

3.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de indenização por morte acidental, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

3.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

3.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Cancelamento da cobertura individual

6.1 Após o pagamento de indenização por morte acidental, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7. Liquidação de Sinistros

7.1 Para a cobertura de morte acidental, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia autenticada);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- e) Declaração de únicos herdeiros (original);

- i) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- j) Boletim de Ocorrência Policial (cópia simples);
- k) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) (cópia simples);
- l) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- m) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado (cópia simples);
- n) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir) (cópia simples);
- o) Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver) (cópia simples);
- p) Laudo de Perícia Técnica (se houver) (cópia simples);
- q) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- r) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo: I – no caso de pessoas físicas:
 - a) nome completo;
 - b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
 - c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
 - d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
 - g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes,

familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
- c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
- d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
- e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
- f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

7.2 Para todos os beneficiários do segurado na cobertura de morte acidental, os documentos básicos necessários são:

- a) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
- b) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) (cópia simples);
- c) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- d) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples).

7.2.1 Se o beneficiário for cônjuge do segurado, o documento básico adicional é a cópia simples da certidão de casamento do segurado, atualizada com as averbações.

7.2.2 Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado (cópia simples).

7.2.3 Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Certidão de Nascimento (cópia simples);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada filho (cópia simples).

8. Beneficiários

8.1 Em caso de morte do segurado principal, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, obedecidas as disposições do item “Beneficiários”, das Condições Gerais ou, na falta destes, pela ordem de sucessão civil.

9. Disposições Gerais

9.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante, em caso de morte do segurado durante a vigência da cobertura, a prestação de serviços de assistência funeral ou o reembolso das despesas realizadas com o seu funeral, até o valor do capital contratado, observadas as disposições das condições contratuais e as constantes destas Condições Especiais.

2. Definições

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. O serviço de assistência funeral, poderá ser concedido:

3.1.1 Plano individual: a todos os segurados principais.

3.1.2 Plano Familiar: a todos os segurados principais e dependentes.

3.1.3 Plano Familiar extensivo: a todos os segurados principais, dependentes e seus pais e/ou sogros.

3.1.4 Para fins desta cobertura, entende-se:

3.2 Serviços de Assistência Funeral:

3.2.1 Caso a opção seja pela utilização do serviço de assistência funeral, a Central de Atendimento do Serviço de Assistência deve ser acionada, onde serão aceitas ligação a cobrar, fornecendo os seguintes dados:

a) Nome do segurado e número da apólice correspondente;

b) O local e o número do telefone onde o serviço de assistência poderá encontrar os familiares/representantes do falecido; e

3.2.1.1 Se a ligação a cobrar não for possível, as despesas de comunicação com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

3.2.1.2 Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar a prestação de serviços mencionados nesta cobertura. Caso o serviço de assistência necessite do envio de documentos complementares para o cumprimento de eventuais formalidades, as referidas despesas serão custeadas pela prestadora.

3.2.2 Quando houver a opção pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não haverá direito a qualquer reembolso das despesas.

3.2.3 Os serviços de assistência funeral consistem, exclusivamente, em:

3.2.3.1 Assessoria para as Formalidades Administrativas: O Serviço de Assistência dirigir-se-á à residência/hospital que ocorreu o óbito, para providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município, tomando as devidas providências à realização do funeral, entregando à família a documentação respectiva, posicionando-a das providências realizadas. Será solicitado ainda, o acompanhamento de um membro da família, caso o Serviço de Assistência entenda ser necessário.

3.2.3.2 Carro Funerário: O Serviço de Assistência colocará à disposição da família um carro funerário para transporte do corpo desde o local do óbito até o local do velório e depois até o local onde se fará o sepultamento/cremação desde que dentro do mesmo Município.

3.2.3.3 Coroa de Flores: O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres de preferência da família.

3.2.3.4 Locação de Jazigo: Caso a família não disponha de local para o sepultamento, o Serviço de Assistência se responsabilizará pela locação de um jazigo, por um período de 3 (três) anos a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

3.2.3.5 Mesa de Condolências: O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

3.2.3.6 Ornamentação de Urna: O Serviço de Assistência colocará à disposição da família, flores da época para o interior da urna, bem como vestirá o corpo, se assim a família desejar.

3.2.3.7 Paramentos: O Serviço de Assistência se responsabilizará pelos castiçais e velas que acompanham a urna bem como pelos aparelhos de ozona.

3.2.3.8 Passagem para um Parente: Caso a família do Segurado opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária, para um membro da família acompanhar o sepultamento.

3.2.3.9 Registro de Óbito: O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família.

3.2.3.10 Sepultamento ou Cremação: O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente. As respectivas taxas serão pagas pelo Serviço de Assistência.

3.2.3.10.1 O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo após o sepultamento.

3.2.3.10.2 A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito tenha ocorrido, ou o Segurado resida em Município que não disponha deste serviço, e tendo a família optado pela cremação, a família deverá arcar com o traslado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.

3.2.3.11 Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo: Em caso de falecimento do Segurado durante

3.2.3.12 a viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o retorno / repatriamento do corpo, transportando-o em esquife standard até o Município de domicílio do Segurado.

3.2.3.13 Urna/Caixão: O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.

3.2.3.14 Velório: O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.

3.3 Reembolso das despesas com funeral:

3.3.1 Em substituição à prestação de serviço de assistência funeral, caso existam responsáveis pelo dispêndio das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.

3.3.2 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contrato para esta cobertura.

4 Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Assistência Funeral por Morte:

- a) Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município aonde a cremação possa ser efetuada;
- b) Despesas de aquisição, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro lápide de túmulo, marmoraria do jazigo;
- c) Realização ou despesas de exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento do segurado;
- d) Realização ou despesas com buscas, obtenção de provas e formalidades legais e burocráticas, no caso de o segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando “morte presumida”;
- e) Despesas adicionais de traslado do corpo, decorrentes de alteração do local de sepultamento ou cremação para fora do município de moradia habitual do segurado;
- f) A cremação do segurado em município que não disponha desse serviço;
- g) Despesas extras como, por exemplo, com transporte, alimentação e hospedagem de familiares do segurado;
- h) A prestação do serviço de assistência funeral nas localidades em que a legislação não permita a atuação da prestadora do serviço.
- i) Tanatopraxia

5 Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Assistência Funeral, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

6 Âmbito Geográfico

6.1 A cobertura de Assistência Funeral é devida ao segurado residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda quando em viagens ao exterior.

6.2 Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem (classe econômica) para um membro da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento/cremação até o limite contratado para a cobertura de Assistência Funeral, mediante entrega dos comprovantes originais das respectivas despesas.

7 Liquidação de Sinistros

7.1 Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados na condição especial da cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

- a) Comprovantes (notas fiscais) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado (original);
- b) Cartão do CNPJ, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração;
- d) RG Segurado (cópia simples).
- e) CPF Segurado (cópia simples).
- f) RG Custeador da Nota apresentada (cópia simples).
- g) CPF Custeador da Nota apresentada (cópia simples).
- h) Comprovante de endereço atualizado nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) (cópia simples).

7.2 Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados na condição especial da cobertura de morte.

8 Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

8.2 O pagamento de indenização por esta Cobertura de Assistência Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. Objetivo da Cobertura

Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela que integra esta condição, relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, durante a vigência da cobertura, limitado ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

2.1.1 Acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes de 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.

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- 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 micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, 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, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 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.

3.2 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 demonstrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.

3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

3.4 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20

	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros	25
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	06
	- menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	- Em grau mínimo	10
	- Em grau médio	15
	- Em grau máximo	20

NARIZ	
Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais:	
- Unilateral	07
- Unilateral com fístulas	15
- Bilateral	14
- Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra:	
- Ectrópio unilateral	03
- Ectrópio bilateral	06
- Entrópio unilateral	07
- Entrópio bilateral	14
- Má oclusão palpebral unilateral	03
- Má oclusão palpebral bilateral	06
- Ptose palpebral unilateral	05
- Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial (menos de 50%)	15
Parcial (mais de 50%)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Amputação total de uma orelha	08
Amputação total das duas orelhas	16
PERDA DO BAÇO	15
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
Com função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
Perda de rim único	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	20
Amputação traumática do pênis	50
Perda de um ovário	10

DIVERSAS

	Perda de dois ovários	20
	Perda do útero antes da menopausa	40
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	Paralisia de uma corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total):	
	- Com função respiratória preservada	15
	- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- Com redução em grau médio da função respiratória	50
	- Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total ou definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Extirpação da vesícula biliar	07
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Síndrome pós-concussional	05

3.6 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.

3.7 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.

3.8 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.

3.9 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.

3.10 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.

3.11 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.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):

- a) Perda de dentes e danos estéticos;
- b) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- d) 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.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, observados as demais disposições destas Condições

Especiais.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 No caso de invalidez permanente parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

5.4 Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado da(s) cobertura(s) por morte.

5.5 Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

6. Cancelamento da cobertura individual

6.1 Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e Total por acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7. Liquidação de Sinistros

7.1 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- 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) Laudo da Perícia do INSS
- f) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- g) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- h) 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);
- i) Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);

- j) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- l) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

8. Despesas de Comprovação

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

8.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

9. Junta Médica

9.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

9.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

10. Disposições Gerais

10.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO DE MEMBROS (IPAM)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao segurado, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela que integra esta condição, proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.

2 Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

2.1.1 Acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes de 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.

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- 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 micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, 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, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.

3 Riscos Cobertos

3.1 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.

3.2 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 demonstrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.

3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

3.4 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
	Perda total da visão de um olho	30

PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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-úlnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros	25
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	06
	- menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	

DIVERSAS	- Em grau mínimo	10
	- Em grau médio	15
	- Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais:	
	- Unilateral	07
	- Unilateral com fístulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra:	
	- Ectrópio unilateral	03
	- Ectrópio bilateral	06
	- Entrópio unilateral	07
	- Entrópio bilateral	14
	- Má oclusão palpebral unilateral	03
	- Má oclusão palpebral bilateral	06
	- Ptose palpebral unilateral	05
	- Ptose palpebral bilateral	10
DIVERSAS	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial (menos de 50%)	15
	Parcial (mais de 50%)	30
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	10
	Perda de dois testículos	20

Amputação traumática do pênis	50
Perda de um ovário	10
Perda de dois ovários	20
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total):	
- Com função respiratória preservada	15
- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
- Com redução em grau médio da função respiratória	50
- Com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total ou definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	07
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

25.7 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.

25.8 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.

25.9 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.

25.10 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.

25.11 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.

25.12 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.

25.13 Majoração de Membros

25.14 Consiste na possibilidade de o segurado majorar os percentuais de indenização parcial para 100% (cem por cento), conforme indicado nas condições contratuais do seguro.

25.15 São membros passíveis de majoração:

25.16 Perda total da visão de um olho de 30% (trinta por cento) majorado para 100% (cem por cento);

25.17 Perda total do uso de um dos indicadores de 15% (quinze por cento) majorado para 100% (cem por cento);

25.18 Perda total de um dos polegares, inclusive o metacarpiano de 25% (vinte e cinco por cento) para 100% (cem por cento);

25.19 Perda total de um dos polegares, exclusive o metacarpiano de 18% (dezoito por cento) para 100% (cem por cento);

25.20 Anquilose total de um dos cotovelos de 25% (vinte e cinco por cento) majorado para 100% (cem por cento).

25.21 A indicação dos órgãos/membros na proposta de contratação será submetida às regras de análise e aceitação do risco.

25.22 Em caso de lesão nos órgãos/membros majorados, decorrente de acidente, que ocasione

invalidez permanente parcial, o segurado receberá 100% (cem por cento) da indenização contratada

25.23 para a cobertura de invalidez permanente por acidente.

25.24 Riscos Excluídos

25.25 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM):

25.26 Perda de dentes e danos estéticos;

25.27 Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;

25.28 Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

25.29 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.

25.30 Capital Segurado

25.31 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, observados as demais disposições destas Condições Especiais.

25.32 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

25.33 No caso de invalidez permanente parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

25.34 Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado da(s) cobertura(s) por morte.

25.35 Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

25.36 Cancelamento da cobertura individual

25.37 Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e Total por acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

25.38 Liquidação de Sinistros

25.39 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM), os documentos básicos necessários são:

25.40 Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);

25.41 RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);

25.42 Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);

25.43 Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);

25.44 Laudo da Perícia do INSS

25.45 Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);

25.46 CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);

25.47 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);

25.48 Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);

25.49 Ficha de Registro do empregado (cópia simples);

25.50 Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);

25.51 Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo: endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP.

25.52 Despesas de Comprovação

25.53 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

25.54 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

25.55 Junta Médica

25.56 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora,

outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

25.57 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

25.59 Disposições Gerais

25.60 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

25.61 Objetivo da Cobertura

25.62 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao segurado, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela que integra esta condição, caso haja a perda ou impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.

25.63 Definições

25.64 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

25.65 Acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

25.66 Incluem-se nesse conceito:

25.67 O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

25.68 Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

25.69 Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

25.70 Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

25.71 Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

25.72 Excluem-se desse conceito:

25.73 As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

25.74 As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

25.75 As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: 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

25.76 As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre

25.77 integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.

25.78 Riscos Cobertos

25.79 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total 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 total quando da alta médica definitiva do segurado.

25.80 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 demonstrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.

25.81 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

25.82 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

25.83 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente total por acidente:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

1.1 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, não havendo acúmulo.

1.2 A perda ou agravamento 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.

2 Riscos Excluídos

2.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):

- a) Perda de dentes e danos estéticos;
- b) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- d) 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.

3 Capital Segurado

3.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, observadas as demais disposições destas Condições Especiais.

3.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

3.3 Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

4 Cancelamento da cobertura individual

4.1 Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e Total por acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

5 Liquidação de Sinistros

5.1 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- 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 (se houver) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- 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) Resultado de todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
- i) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado (original);
- j) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- l) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

6 Despesas de Comprovação

6.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

6.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

7 Junta Médica

7.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

7.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

8 Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1. Objetivo da Cobertura

1.1. 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.

2. Definições

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Esta cobertura será devida quando da ocorrência de morte do segurado, não sendo extensiva às coberturas de Antecipação Especial por Doença (AED), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA, IPAM ou IPTA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ou Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional (ILPD).

4. Riscos Excluídos

4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Auxílio Cesta Básica, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

5.3. O pagamento do capital será feito em parcelas mensais ou parcela única, conforme definido nas condições contratuais.

6. Liquidação de Sinistros

6.1. 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.

6.2. 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.

7. Disposições Gerais

7.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento a título de auxílio para aquisição de cesta básica de alimentos, por sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite do valor do capital segurado contratado, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1. Glossário para os termos relacionados à cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente:

2.1.1. Franquia: É o período correspondente aos primeiros 30 (trinta) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção da(s) cesta(s) básica(s).

2.1.1.1. Caso seja contratada a opção de franquia reduzida, o período de franquia será reduzido para 15 (quinze) ou 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

3. Riscos Cobertos

3.1. Esta cobertura será devida quando da ocorrência de afastamento decorrente de acidente pessoal coberto, não sendo extensiva às coberturas de Antecipação Especial por Doença (AED), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ou Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença Profissional (ILPD).

4. Riscos Excluídos

4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente do segurado.

5.3. O pagamento do capital será feito em parcelas mensais ou parcela única, conforme definido nas condições contratuais.

6. Franquia

6.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

6.2. A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

7. Liquidação de Sinistros

7.1. Para a cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (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 (se houver) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
- h) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
- i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

7.2. 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.

8. Disposições Gerais

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE (DMHO)

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto, e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados a partir da data do acidente, até o limite do valor do capital contratado e observadas as demais disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. O reembolso das despesas médico hospitalares e odontológicas será efetuado ao próprio segurado, de acordo com os valores gastos, exclusivamente para o seu tratamento, em decorrência de acidente pessoal coberto, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do segurado.

3.2. Caberá ao segurado livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados nas especialidades das lesões/procedimentos.

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

4. Riscos Excluídos

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente:

- a) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) 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.;
- d) Despesas relacionadas a estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhante;
- e) Despesas com aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses

de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente.

5.2. O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. Franquia

6.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o valor dedutível do cálculo do pagamento da indenização.

6.2. A franquia, se houver, será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro, e será deduzida do pagamento da indenização.

7. Liquidação de Sinistros

7.1. Para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente (DMHO), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- 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 (se o caso exigir) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- h) Resultado dos exames médicos realizados que caracterizem as lesões decorrente exclusivamente do trauma documentado (cópia simples);

- i) Atendimento médico hospitalar do atendimento ao segurado constando o diagnóstico e conduta médica (cópia simples);
- j) Comprovantes originais das despesas com honorários médicos, hospitais, clínicas e de aquisição de medicamentos, devidamente acompanhados das receitas médicas (originais);
- k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

7.2. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.

7.3. Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observadas as despesas realizadas e o capital segurado contratado.

7.4. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

8. Disposições Gerais

8.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE EM VIAGEM (DMHO EM VIAGEM)

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto, e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados a partir da data do acidente, até o limite do valor do capital contratado e observadas as demais disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. O reembolso das despesas médico hospitalares e odontológicas será efetuado ao próprio segurado, de acordo com os valores gastos, exclusivamente para o seu tratamento, em decorrência de acidente pessoal coberto, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do segurado.

3.2. Caberá ao segurado livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados nas especialidades das lesões/procedimentos.

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

4. Riscos Excluídos

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente:

- a) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) 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.;
- d) Despesas relacionadas a estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhante;

- e) Despesas com aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente.

5.2. O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. Franquia

6.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o valor dedutível do cálculo do pagamento da indenização.

6.2. A franquia, se houver, será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro, e será deduzida do pagamento da indenização.

7. Liquidação de Sinistros

7.1. Para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente (DMHO), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- 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 (se o caso exigir) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- h) Resultado dos exames médicos realizados que caracterizem as lesões decorrente exclusivamente do trauma documentado (cópia simples);

- i) Atendimento médico hospitalar do atendimento ao segurado constando o diagnóstico e conduta médica (cópia simples);
- j) Comprovantes originais das despesas com honorários médicos, hospitais, clínicas e de aquisição de medicamentos, devidamente acompanhados das receitas médicas (originais);
- k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado I

7.2. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.

7.3. Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observadas as despesas realizadas e o capital segurado contratado.

7.4. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

8. Disposições Gerais

8.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA (AED)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do capital segurado para esta cobertura, caso o segurado seja diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como portador de quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças cobertas, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Para efeito desta Condição Especial, consideram-se riscos cobertos, exclusivamente, as seguintes patologias, nas condições a seguir especificadas:

3.1.1 Deficiência visual, decorrente de doença:

- a) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- b) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- c) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

3.1.2 Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas:

- a) Entende-se por coma o estado de inconsciência, sem resposta a estímulos externos, persistindo continuamente, com as medidas de suporte de vida, por um período de pelo menos 96h (noventa e seis horas) e resultando em déficits neurológicos permanentes.

3.1.3 Doenças Terminais:

- a) Entende-se por Doenças Terminais aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma das medidas terapêuticas conhecidas e aplicadas, sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevida, cuja consequência esperada é o óbito.

3.1.4 Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro:

- a) Entende-se por alienação mental: o distúrbio mental ou neuromental grave e persistente, que, esgotados os meios habituais de tratamento, acarrete alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para o exercício de qualquer atividade laborativa, bem como estar na condição de curatelado(a) em caráter

definitivo.

3.1.5 Insuficiência cardíaca refratária ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas:

a) Entende-se por Insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivo restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgãos alvo, representando-

se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada por exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

3.1.6 Doenças Crônicas:

a) Entende-se por doenças crônicas: as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, em caráter progressivo, bem como manifestações clínicas avançadas, acometendo órgãos-alvo (consumptivas), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico.

3.1.7 Perda de existência independente do segurado:

3.1.7.1 Entende-se por perda de existência independente do Segurado, aquela que, por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:

- a) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- b) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de duas mãos ou de dois pés;
- c) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2 A constatação da Antecipação Especial por Doença, conforme definida no subitem 1.1 se fará por declaração médica, subscrita por profissional devidamente habilitado na especialização da doença, e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

3.3 A concessão desta cobertura não está vinculada a aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Antecipação Especial por Doença quaisquer doenças não previstas nesta cobertura e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nesta Condição Especial para caracterização da cobertura.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Antecipação Especial por Doença (AED), conforme as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença.

5.3 O pagamento do capital será feito em parcela única.

6. Carência

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das

Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro.

7. Cancelamento da cobertura individual

7.1 A Cobertura de Antecipação Especial por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, por esta cobertura, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

8. Liquidação de Sinistros

8.1 Para a cobertura de Antecipação Especial por Doença (AED), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);

- f) Termo de curatela (cópia simples).
- g) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- h) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- i) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo: I – no caso de pessoas físicas:
 - a) nome completo;
 - b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
 - c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
 - d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
 - g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
- c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
- d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de

telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta).

8.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

8.3 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

8.4 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.

9. Despesas de Comprovação

9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de antecipação especial por doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

9.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

10. Junta Médica

10.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

10.3 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data

da indicação do membro nomeado pelo segurado.

11. Disposições Gerais

11.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH)

1. Objetivo da Cobertura

Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de um valor diário fixo por cada dia de hospitalização do segurado, por motivo de tratamento clínico ou cirúrgico que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, em uma instituição hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de acidente pessoal coberto, até o limite do valor do capital contratado e observadas as demais disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. Considera-se o início da internação quando da comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente.

3.2. A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições contratuais.

3.3. Para fins desta cobertura entende-se:

3.3.1. Diária de Internação Hospitalar: é o valor escolhido pelo segurado, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

3.3.2. Internação Hospitalar: é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

4. Riscos Excluídos

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH):

a) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal - check-up e investigação diagnóstica;

b) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas a ela;

c) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

d) Cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;

- e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
- f) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- g) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- h) Internação hospitalar por motivo de convalescença;
- i) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- j) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- k) Tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;
- l) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;
- m) Quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;
- n) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Diária de Internação Hospitalar.

5.2. O capital segurado e a quantidade de diárias desta cobertura são fixas e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. Âmbito Geográfico

6.1. A cobertura de diária de internação hospitalar abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em território nacional.

7. Franquia

7.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

7.2. A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data da internação hospitalar.

8. Liquidação de Sinistros

8.1. Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (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 (se o caso exigir) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Prontuário Médico comprovando a internação hospitalar (cópia simples);
- h) Resultado dos exames médicos realizados (cópia simples);
- i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado

8.2. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade da internação hospitalar, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.

8.3. Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observado o capital segurado contratado.

8.4. Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a internação hospitalar durante um mesmo período.

8.5. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de diárias contratadas, conforme previsto nas Condições Contratuais.

8.6. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

8.7. Em caso de morte do segurado, bem como quaisquer uma das ocorrências descritas no item 17. Cessação da Cobertura Individual das condições gerais do seguro, cessará o direito ao pagamento da diária, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu hospitalizado, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

9. Disposições Gerais

9.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR ACIDENTE (DIH-UTI)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de um valor diário fixo por cada dia de hospitalização em unidade de terapia intensiva (UTI) do segurado, por motivo de tratamento clínico ou cirúrgico que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, em uma instituição hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de acidente pessoal coberto, até o limite do valor do capital contratado e observadas as demais disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se o início da internação quando da comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, ambas da unidade de terapia intensiva (UTI).

3.2 A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições contratuais.

3.3 Para fins desta cobertura entende-se:

3.3.1 Diária de Internação Hospitalar em UTI: é o valor escolhido pelo segurado, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.

3.3.2 Internação Hospitalar em UTI: é a internação em hospital em unidade de terapia intensiva com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva por acidente (DIH - UTI):

a) Hospitalizações em qualquer outro tipo de acomodação diferente de unidade de terapia intensiva (UTI);

b) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal - check-up e investigação diagnóstica;

c) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas a ela;

d) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

- e) Cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;
- f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
- g) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- h) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- i) Internação hospitalar por motivo de convalescença;
- j) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- k) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- l) Tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;
- m) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;
- n) Quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;
- o) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Diária de Internação Hospitalar.

5.2 O capital segurado e a quantidade de diárias desta cobertura são fixas e definidos de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. Âmbito Geográfico

6.1 A cobertura de diária de internação hospitalar abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em território nacional.

7. Franquia

7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 05 (cinco) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data da internação hospitalar de unidade de terapia intensiva (UTI).

8. Liquidação de Sinistros

8.1 Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva por Acidente (DIH-UTI), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (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 (se o caso exigir) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Prontuário Médico comprovando a internação hospitalar em unidade de terapia intensiva (UTI) (cópia simples);
- h) Resultado dos exames médicos realizados (cópia simples);
- i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado (sta).

8.2 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade da internação hospitalar em unidade de terapia intensiva, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.

8.3 Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observadas as despesas realizadas e o capital segurado contratado.

8.4 Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a incapacidade temporária durante um mesmo período.

8.5 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de diárias contratadas, conforme previsto nas Condições Contratuais.

8.6 A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

8.7 Em caso de morte do segurado, bem como quaisquer uma das ocorrências descritas no item 17. Cessação da Cobertura Individual das condições gerais do seguro, cessará o direito ao pagamento da diária, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu hospitalizado, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

9. Disposições Gerais

9.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de diárias ao segurado, por sua incapacidade temporária decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de diárias e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1 Glossário para os termos relacionados à cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária (DIT):

2.1.1 Carência: É o período de até 50% do período de vigência do seguro contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado não terá direito às coberturas deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

2.1.2 Franquia: É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.

2.1.2.1 Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07(sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

2.1.3 Limite de Diárias: É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado terá direito, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, dependendo do tipo de franquia contratada, limitada a 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, observados os dispostos destas condições especiais.

2.1.3.1 O montante de diárias contratadas será descrito nas Condições Contratuais.

2.1.4 Atividade Profissional: É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

2.1.5 Auditoria Médica: É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

3 Riscos Cobertos

3.1 A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2 Dentro dos limites estabelecidos na apólice e no certificado individual de seguro, para cada dia em que o segurado estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clínico incapacitante, causado exclusivamente por doença ou acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro,

desde que devidamente coberto, por um período ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias ou 07 (sete) dias em caso de franquia reduzida, efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término do período de franquia.

4 Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:

- a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondropatias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;
- b) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;
- d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
- f) Hospitalização para check-up;
- g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;
- h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;

- i) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;
- j) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;
- k) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;
- l) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
- m) Síndrome do pânico;
- n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- o) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;
- p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
- r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;
- s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;
- t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;
- u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- w) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;
- x) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;
- y) Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio

de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

z) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

aa) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

4.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4.3. Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Diárias de Incapacidade Temporária.

4.3.1. Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às diárias cobertas por este seguro.

5 Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

5.2 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de dias contratada, multiplicada pelo valor da diária, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

5.3 O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.

5.4 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.

6 Âmbito Geográfico

6.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

7 Franquia

7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

8 Limite de Diárias

8.1 É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus a partir do término do período de franquia, conforme estabelecido no contrato, limitado ao período máximo de até 365 dias.

9 Carência

9.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das

Condições Gerais.

9.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro.

10 Liquidação de Sinistros

10.1 Para a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- e) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- f) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- g) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- h) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
- i) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);

- j) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
- k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado

10.2 No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexa causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

10.3 Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexa causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

10.4 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

10.5 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez, considerando o valor da diária multiplicado pelo número de dias de afastamento, respeitando-se o limite de diárias e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

10.6 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

10.7 No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

10.8 Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

10.9 A cessação do pagamento das diárias ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de diárias, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

10.10 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

10.11 Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de diárias por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, correspondente à vigência anterior.

11 Despesas de Comprovação

11.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

11.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

12 Junta Médica

12.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

12.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

13 Disposições Gerais

13.1 Enquanto o segurado estiver recebendo as diárias contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.

13.2 Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.

13.3 Não haverá acúmulo do pagamento das diárias por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

13.4 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

13.5 Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as

providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

13.6 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)

1 Objetivo da Cobertura

Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de renda ao segurado, por sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de renda e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

2 Definições

2.1 Glossário para os termos relacionados à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária (RIT):

2.1.1 Carência: É o período de até 50% do período de vigência do seguro contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado não terá direito às coberturas deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

2.1.2 Franquia: É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à indenização.

2.1.2.1 Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

2.1.3 Atividade Profissional: É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

2.1.4 Auditoria Médica: É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

3 Riscos Cobertos

3.1 A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2 Dentro dos limites estabelecidos na apólice e no certificado individual de seguro, para cada período em que o segurado estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clínico incapacitante, causado exclusivamente por doença ou acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, por um período ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias ou 07 (sete) dias em caso de franquia reduzida, efetuará o pagamento da(s) renda(s) correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término do período de franquia.

4 Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da

cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT):

- a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;
- b) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;
- d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
- f) Hospitalização para check-up;
- g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;
- h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;
- i) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;
- j) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;
- k) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;

- l) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
- m) Síndrome do pânico;
- n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- o) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;
- p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
- r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;
- s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;
- t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;
- u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- w) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;
- x) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;
- y) Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionados com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;
- z) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- aa) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

4.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4.3 Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Renda de Incapacidade Temporária.

4.3.1 Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às rendas cobertas por este seguro.

5 Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

5.2 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de renda contratada, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

5.3 O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.

5.4 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.

6 Âmbito Geográfico

6.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

7 Franquia

7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

8 Carência

8.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das

Condições Gerais.

8.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro.

9 Liquidação de Sinistros

9.1 Para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- e) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- f) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- g) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- h) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
- i) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
- j) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
- k) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado. No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

9.2 Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

9.3 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

9.4 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga a cada 30 dias, respeitando-se o limite de rendas e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

9.5 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

9.6 No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

9.7 Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de renda, sendo que as rendas relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

9.8 A cessação do pagamento da renda ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de rendas, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

9.9 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder ao limite máximo de rendas previsto nas condições contratuais.

9.10 Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de renda por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite máximo de rendas previsto nas condições contratuais, correspondente à vigência anterior.

10 Despesas de Comprovação

10.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

10.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

11 Junta Médica

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

de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo

segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

11.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

12 Disposições Gerais

12.1 Enquanto o segurado estiver recebendo as rendas contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.

12.2 Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.

12.3 Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

12.4 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

12.4.1 Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

12.5 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

12.6 Acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de renda e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

13 Definições

13.1 Glossário para os termos relacionados à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária (RIT):

13.1.1 Carência: É o período de até 50% do período de vigência do seguro contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado não terá direito às coberturas deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

13.1.2 Franquia: É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à indenização.

13.1.2.1 Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

13.1.3 Atividade Profissional: É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

13.1.4 Auditoria Médica: É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

14 Riscos Cobertos

14.1 A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

14.2 Dentro dos limites estabelecidos na apólice e no certificado individual de seguro, para cada período em que o segurado estiver impedido, involuntariamente e temporariamente, de trabalhar, em razão de quadro clínico incapacitante, causado exclusivamente por doença ou acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, por um período ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias ou 07 (sete) dias em caso de franquia reduzida, efetuará o pagamento da(s) renda(s) correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término do período de franquia.

15 Riscos Excluídos

15.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT):

bb) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;

cc) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

dd) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;

- ee)** Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- ff)** Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
- gg)** Hospitalização para check-up;
- hh)** Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;
- ii)** Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;
- jj)** Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;
- kk)** Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;
- ll)** Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;
- mm)** Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
- nn)** Síndrome do pânico;
- oo)** Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- pp)** Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;
- qq)** Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- rr)** Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
- ss)** As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;
- tt)** As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;
- uu)** As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;
- vv)** Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e

inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

ww) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

xx) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;

yy) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares;

zz) Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

aaa) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

bbb) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

15.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

15.3 Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Renda de Incapacidade Temporária.

15.3.1 Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às rendas cobertas por este seguro.

16 Capital Segurado

16.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

16.2 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de renda contratada, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

16.3 O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.

16.4 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.

17 Âmbito Geográfico

17.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

18 Franquia

18.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

18.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

19 Carência

19.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das

Condições Gerais.

19.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro.

20 Liquidação de Sinistros

20.1 Para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT), os documentos básicos necessários são:

- n) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- o) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
- p) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- q) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- r) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- s) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- t) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);

- u) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
- v) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
- w) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
- x) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- y) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- z) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

20.2 Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

20.3 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

20.4 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga a cada 30 dias, respeitando-se o limite de rendas e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

20.5 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

20.6 No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

20.7 Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de renda, sendo que as rendas relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

20.8 A cessação do pagamento da renda ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de rendas, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

20.9 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder ao limite máximo de rendas previsto nas condições contratuais.

20.10 Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de renda por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite máximo de rendas previsto nas condições contratuais, correspondente à vigência anterior.

21 Despesas de Comprovação

21.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

21.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

22 Junta Médica

22.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

22.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

23 Disposições Gerais

23.1 Enquanto o segurado estiver recebendo as rendas contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.

23.2 Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.

23.3 Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

23.4 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

23.4.1 Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

23.5 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

PERDA DE EMPREGO

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de renda ao segurado, no caso de o segurado perder o emprego, sem justa causa, por iniciativa do seu empregador, durante a vigência da cobertura e observadas as demais disposições das condições contratuais do seguro.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Para fins desta cobertura, perda de emprego é a rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do empregador, desde que não motivado por justa causa conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) vigente no país.

3.2 Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais com vínculo empregatício.

3.3 O segurado deverá comprovar a permanência como empregado em uma mesma empresa nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores à data da perda do emprego, de forma ininterrupta, através de vínculo empregatício por contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, ou possuir registro em carteira de trabalho como empregado doméstico.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos desta cobertura a perda de emprego decorrente de:

- a) Programas anunciados pelo empregador do segurado para redução do seu quadro de funcionários ou dispensas, ainda que incentivadas, ou programas de demissão voluntária que, de maneira geral ou específica, incluam a categoria de trabalho do segurado;
- b) Demissão por justa causa;
- c) Demissão do segurado em data anterior ao início de vigência desta cobertura;
- d) Abandono de emprego ou pedido de demissão voluntário do segurado;
- e) Término do contrato de trabalho temporário ou mandato de cargos eletivos;
- f) Aposentadoria, pensão ou retiro/ausência do segurado.

4.2 Também, não estão cobertos os profissionais: autônomos, estagiário, jovem aprendiz, empresário e demais considerados profissionais liberais.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Perda de Emprego.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da perda do emprego.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Para a cobertura de Perda de Emprego, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- c) Comprovante atualizado de endereço nominal ao segurado do mês do óbito (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) (cópia simples);
- d) Páginas da carteira de trabalho (CPTS) do segurado que contêm o seguinte: identificação do segurado, último contrato de trabalho, rescisão e página posterior (cópia simples);
- e) Termo de rescisão do contrato de trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado (cópia simples);
- f) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- g) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

6.2 O pagamento da primeira parcela será efetuado até o 30º (trigésimo) dia da entrega à Seguradora da documentação mencionada no item acima, desde que o evento esteja coberto.

6.3 Se a condição (desemprego) prevalecer, os demais pagamentos serão cabíveis, respeitando o limite de rendas contratadas, conforme condições contratuais do seguro. Contudo cabe ao segurado apresentar documentação probatória da situação de desemprego para ter direito ao recebimento da próxima renda.

6.4 Caso não ocorra à comprovação da condição de desempregado no prazo de 30 (trinta) dias contados do último pagamento, entender-se-á que o desemprego não mais subsiste, cessando automaticamente os efeitos da presente cobertura.

7. Carência

7.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se os limites estabelecidos no item “Carência e Franquia” das Condições Gerais.

7.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro.

8. Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DCF)

1. Riscos Cobertos

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado contratado em razão de nascimento de filho do segurado principal que seja portador de doença congênita, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. Para efeito destas Condições Especiais, caracterizam-se como doenças congênitas as seguintes malformações ou anomalias macroscópicas, observadas ao nascimento e que necessitem de acompanhamento médico com realização de tratamentos especializados:

- a) Malformação do sistema nervoso, central e periférico;
- b) Malformação do coração (exceto comunicação intra-atrial isolada) e de grandes vasos;
- c) Malformação da traqueia e dos pulmões;
- d) Malformação dos rins;
- e) Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- f) Malformação dos membros superiores e inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
- g) Malformação dos órgãos dos sentidos; e
- h) Anomalias cromossômicas (Síndrome de Down e Síndrome de Turner).

4. Riscos Excluídos

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Doença Congênita de Filho quaisquer doenças não previstas nesta cobertura e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nesta Condição Especial para caracterização da cobertura.

5. Capital Segurado

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora ao segurado, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Doença Congênita de Filho, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do nascimento do filho portador da doença congênita.

5.3. O pagamento do capital será feito em parcela única.

6. Liquidação de Sinistros

6.1. Para a cobertura de Doença Congênita de Filhos (DCF), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- d) Carteira de trabalho (CPTS) do segurado principal (cópia simples);
- e) Certidão de Nascimento do filho do segurado, portador da doença congênita (cópia simples);
- f) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença congênita, sua evolução e os tratamentos realizados (original);
- g) Todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico (cópia simples);
- h) Declaração médica atestando que o filho não poderá exercer atividades profissionais em condições de igualdade com pessoas híginas (saudáveis), em decorrência da doença congênita de que é portador (original);
- i) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

6.2. O pagamento da indenização em decorrência da contratação desta cobertura será efetuado se a data de nascimento do filho ocorrer no período em que esta cobertura esteja em vigor.

6.3. A seguradora reserva-se o direito de solicitar exames laboratoriais e especializados ou outros documentos necessários, bem como requerer perícia médica, para comprovação da doença que caracterize a cobertura.

6.4. Reconhecida a doença congênita pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

7. Despesas de Comprovação

7.1. As despesas efetuadas com a comprovação da doença congênita de filho são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a cobertura.

7.2. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

8. Junta Médica

8.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de malformações ou anomalias, bem como a avaliação da doença congênita relacionada ao filho do segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

8.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

9. Disposições Gerais

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

DESPESAS EMERGENCIAIS - MORTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, seja natural ou acidental, sem prejuízo do pagamento do capital segurado contratado para a cobertura de morte e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. Considera-se risco coberto exclusivamente a ocorrência de morte do segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. Riscos Excluídos

4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro e na condição especial da cobertura de Morte.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Despesas Emergenciais, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 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.

7. Beneficiários

7.1 Em caso de morte do segurado principal, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, ou na ausência de indicação, aos previstos na ordem de sucessão legal obedecidas as disposições do item “Beneficiários”, das Condições Gerais.

8. Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

DESPESAS EMERGENCIAIS – MORTE POR ACIDENTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, em consequência exclusiva de causa acidental, sem prejuízo do pagamento do capital segurado contratado para a cobertura de Morte acidental e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se risco coberto exclusivamente a ocorrência de morte do segurado, decorrente de causa acidental, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. Riscos Excluídos

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro e na condição especial da cobertura de Morte Acidental.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Despesas Emergenciais, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 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 acidental.

7. Beneficiários

7.1 Em caso de morte do segurado principal, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, ou na ausência de indicação, aos previstos na ordem de sucessão legal, obedecidas as disposições do item “Beneficiários”, das Condições Gerais.

8. Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização para esta cobertura, caso haja ocorrência de sinistro causado por acidente pessoal devidamente coberto e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1. Em caso de acidente pessoal coberto, a seguradora efetuará o reembolso relativo aos custos com medicamentos, devidamente prescrito por médico legalmente habilitado e responsável pelo atendimento do segurado, até o limite do capital segurado.

3.2. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para avaliação.

4. Riscos Excluídos

4.1. Notas Fiscais sem detalhamento de medicamento genérico não serão consideradas elegíveis para o reembolso

4.2. Receitas Médicas sem assinatura, data de realização de consulta carimbo do médico não serão consideradas elegíveis para o reembolso

4.3. Solicitações de reembolso após 30(trinta) dias do atendimento médico não serão aceitas.

4.4. Medicamento de classificação comercial OTC (vendas livres)

4.5. Medicamentos contínuos

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Para a cobertura de Auxílio Medicamento por Acidente, os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);

- 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) Nota fiscal de compra (com detalhamento do medicamento)
- e) Receita Médica (datada e carimbada pelo médico)
- f) Boletim de Ocorrência Policial (se o caso exigir) (cópia simples);
- g) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- a) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original)

7. Disposições Gerais

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado para esta cobertura, caso o segurado tenha inequívoco conhecimento do diagnóstico, durante a vigência da cobertura, de ser portador de algum tipo de câncer coberto pelo seguro, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1 Além das definições previstas nas Condições Gerais do seguro, para a cobertura de diagnósticos de câncer temos:

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

3. Riscos Cobertos

3.1 Para efeito desta Condição Especial, consideram-se riscos cobertos o diagnóstico, exclusivamente, de carcinoma ou câncer, assim considerada a doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas e invasão de tecido, durante a vigência do seguro.

3.2 O diagnóstico de câncer terá de atender, integralmente, os critérios estabelecidos na literatura mundial e aceitos pelas respectivas sociedades médico-científicas especializadas e pelo ministério da saúde do Brasil e ser devidamente comprovado através de exames e diagnosticados por médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

3.3 Para os efeitos desta garantia, o tumor deverá ter seu primeiro diagnóstico comprovado, em data posterior ao início de vigência da cobertura individual do segurado e findo o prazo de carência.

3.4 A neoplasia maligna deverá ser obrigatoriamente diagnosticada em vida.

3.5 Somente haverá garantia desta cobertura para a primeira neoplasia maligna diagnosticada, estando excluídas, em toda e qualquer hipótese, para efeito deste seguro e de suas renovações, se ocorrerem, a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de um câncer.

3.6 Em caso de especificação de cobertura para diagnósticos de câncer estipulando determinadas doenças, a descrição deverá constar no contrato firmado entre o segurado e a seguradora.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Diagnóstico de Câncer:

a) Quaisquer doenças não previstas nesta cobertura e/ou que não se enquadrem nos critérios

definidos nesta Condição Especial para caracterização da cobertura.

- b) O câncer diagnosticado no período de carência.
- c) O diagnóstico de Câncer de Pele, salvo para o diagnóstico de “melanoma maligno”.
- d) Qualquer tipo de neoplasia benigna.
- e) As displasias e lesões pré-cancerígenas.
- f) Carcinoma “in situ” (incluindo displasia cervical) e neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas.
- g) Lesões displásicas do colo uterino - NIC I, II e III.
- h) Lesões displásicas de vulva - NIV I, II e III.
- i) Lesões displásicas de vagina - NIVA I, II e III.
- j) Lesões borderline e lesões de comportamento incerto.
- k) Pólipos intestinais sem caracterização de neoplasia invasiva.
- l) Policitemia rubra vera e trombocitemia essencial.
- m) Gamopatia monoclonal de significado indeterminado.
- n) Linfoma MALT gástrico responsivo à terapêutica de erradicação do H. pylori.
- o) Carcinoma microinvasivo do colo uterino (classificado histologicamente como estágio IA1), exceto se foi realizada histerectomia, quimioterapia ou radioterapia.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Diagnóstico de câncer, conforme as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença.

5.3 O pagamento do capital será feito em parcela única.

6. Carência

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das

Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro.

7. Cancelamento da cobertura individual

7.1 Se contratada como antecipação da cobertura de morte, a cobertura de Diagnóstico de câncer não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, por esta cobertura, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7.2 O pagamento de qualquer Indenização decorrente do Diagnóstico de Câncer significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

8. Liquidação de Sinistros

8.1 Para a cobertura de Diagnóstico de câncer, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, a data do seu primeiro diagnóstico, os exames e tratamentos realizados (original);
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a doença, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- f) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

8.2 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas a sua doença, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

8.3 Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora

9. Despesas de Comprovação

9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de diagnóstico de câncer são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o diagnóstico da doença.

9.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

10. Junta Médica

10.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

11.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

NASCIMENTO PREMATURO

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado ao próprio segurado em caso de nascimento de filho(s) prematuro(s) durante a vigência da apólice.

2. Definições

2.1 Prematuros: recém-nascido vivo, com menos de 37 semanas completas de gestação.

2.2 Natimorto: É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto. Não é considerado natimorto o feto que falece logo após o nascimento com vida.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se como risco coberto, o nascimento de filho(s) prematuro(s), desde que respeitadas as condições contratuais.

3.2 Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida pelo número de filhos nascidos vivos.

3.3 Caso os pais (pai e mãe) trabalhem na mesma empresa, os capitais não se acumulam.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:

- a) Natimortos
- b) Nascimentos ocorridos anteriores a vigência da apólice ou do segurado titular
- c) Recém-nascido vivo, a partir ou com mais de 37 semanas completas de gestação

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do nascimento do bebê.

5.3 Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela, em favor do próprio segurado.

6. Carência

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das

Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro.

7. Liquidação de Sinistros

7.1 Para esta cobertura, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Certidão de nascimento;
- d) Cartão de nascimento em nome do recém-nascido feito pelo neonatologista na maternidade/hospital. Neste documento deverá conter: nome, data de nascimento, peso, capurro e idade gestacional (documento entregue no momento da alta hospitalar).
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- f) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

8. Disposições Gerais

8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

COBERTURA DE AUXÍLIO CASAMENTO

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao segurado titular o pagamento do capital segurado contratado em caso do seu casamento no civil, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

1.2 Quando o casal trabalhar na mesma empresa, a cobertura será paga a ambos.

2. Definições

2.2 Para efeito desta Condição Especial, consideram-se as definições do item 2.1 das Condições Gerais.

3. Riscos Cobertos

8.3 Considera-se risco coberto o casamento no civil do segurado titular, desde que o casamento ocorra durante a vigência do risco individual.

4. Riscos Excluídos

4.2 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:

- a) Certidão de casamento religioso;
- b) Comprovante ou Declaração de União estável;
- c) Reconhecimento de União Estável depois da morte de um dos cônjuges.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de indenização, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do casamento no civil.

5.3 Caracterizado o evento, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Para a cobertura de auxílio casamento, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Certidão de casamento expedida pelo cartório

- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- e) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- f) Formulário de Autorização para Crédito em conta;

7. Disposições Gerais

7.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPINV)

1. Objetivo da Cobertura

a) 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.

2. Definições

a) Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

2.a.1 Acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.a.2 Incluem-se nesse conceito:

f) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

g) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

h) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

i) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

j) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.a.3 Excluem-se desse conceito:

a) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

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 micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como

as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, 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, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

a) 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.

b) 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 demonstrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.

c) A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

d) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

e) Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20

DIVERSAS	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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
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-úlnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros	25
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10

- de 3 (três) centímetros	06
- menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprio da tabela.		
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	- Em grau mínimo	10
	- Em grau médio	15
	- Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais:	
	- Unilateral	7
	- Unilateral com fístulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra:	
	- Ectrópio unilateral	3
	- Ectrópio bilateral	6
	- Entrópio unilateral	7
	- Entrópio bilateral	14
	- Má oclusão palpebral unilateral	3
	- Má oclusão palpebral bilateral	6
	- Ptose palpebral unilateral	5
	- Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15

Amputação total da língua	50
Parcial (menos de 50%)	15
Parcial (mais de 50%)	30

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	10
	Perda de dois testículos	20
	Amputação traumática do pênis	50
	Perda de um ovário	10
	Perda de dois ovários	20
	Perda do útero antes da menopausa	40
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	Paralisia de uma corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10

Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total):	
- Com função respiratória preservada	15
- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
- Com redução em grau médio da função respiratória	50
- Com insuficiência respiratória	75

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total ou definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Extirpação da vesícula biliar	7
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Síndrome pós-concussional	5

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.

4. Riscos Excluídos

- a) Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Adaptação de casa e/ou veículo por invalidez:
- a) Perda de dentes e danos estéticos;
- b) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- d) 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.

5. Capital Segurado

- a) O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto, observados as demais disposições destas Condições Especiais.
- b) Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.
- c) O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observado o capital máximo

contratado.

6. Liquidação de Sinistros

a) Para a cobertura de Adaptação de Casa e/ou Veículo por Invalidez, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
 - 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 (se houver) (cópia simples);
 - f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
 - 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 para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
 - k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinadoDespesas de Comprovação
- b) As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

c) As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

7. Junta Médica

a) No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

- b) Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- c) O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

8. Disposições Gerais

- a) Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

FILHOS PÓSTUMOS

1. Objetivo da cobertura

1.1. 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.

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

1.3. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite contratado para esta cobertura.

1.4. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental.

2. Definições

2.1. 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.

2.2. 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.

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

3. Riscos Excluídos

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados nas coberturas e Morte e Morte Acidental, estão também excluídos desta cobertura

- a) Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;
- b) Natimorto;
- c) Adoção.

4. Capital Segurado

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data da ocorrência do óbito do titular, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente a esta data.

4.3. Caracterizado o sinistro, o pagamento do capital segurado será feito em parcela única.

5. Liquidação De Sinistros

5.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., além dos documentos para a cobertura de Morte ou Morte Acidental, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Formulário “Autorização para Crédito de Indenização” devidamente preenchido e assinado pelo Pai/Mãe ou responsável legal;
- Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e Comprovante de residência do Pai/Mãe ou responsável legal;
- Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada;
- Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho.

CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CONJUGE (IC)

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cláusula suplementar na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado estipulado, em caso de morte de seu cônjuge, ou ainda em consequência de algum dos demais eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1. Para efeito desta Cláusula Suplementar, considera-se cônjuge a pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como o(a) companheiro(a) do segurado principal, observada a legislação brasileira a respeito da união estável.

3. Riscos Cobertos

3.1. A(s) cobertura(s) contratada(s) para o Cônjuge será(ão) estabelecida(s) contratualmente, de acordo com o disponível no item 3. Coberturas do Seguro das condições gerais e obedecerão às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nas condições gerais e especiais das coberturas, podendo ser elas:

- a) Cobertura de Morte;
- b) Cobertura de Morte Acidental;
- c) Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- d) Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM);
- e) Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- f) Cobertura de Antecipação Especial por Doença (AED);
- g) Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD);
- h) Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional (ILPD);
- i) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Natural ou Acidental;
- j) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Acidental;
- k) Cobertura de Auxílio Cesta Básica (CB);
- m) Cobertura de Auxílio Cesta Básica por acidente (CB);
- n) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Natural ou Acidental;
- p) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental;

q) Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas decorrentes de Acidente (DMHO).

4. Riscos Excluídos

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais e Especiais do seguro, exclui-se desta cláusula o cônjuge do segurado principal que faça parte do grupo segurado também na condição de segurado principal.

5. Formas de Participação

5.1 Automática: inclusão de cônjuge no seguro de forma automática, sem necessidade de adesão individual, devidamente especificada no contrato, estando cobertos pelo seguro os cônjuges de todos os segurados principais.

5.2 Facultativa: quando serão incluídos os cônjuges dos segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

6. Vigência

6.1. O início de vigência do risco individual previsto nesta cláusula complementar será:

a) A data de início da cobertura do segurado principal, para cônjuges admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo; ou

b) A data da inclusão desta cláusula no seguro, caso ocorra após o início de vigência da apólice.

6.2. Além das situações previstas nos itens “Cancelamento do Seguro” e “Cessação da Cobertura Individual” das

Condições Gerais do seguro, o seguro do cônjuge terminará:

a) Com a morte do cônjuge;

b) Com a separação de fato, com a separação judicial, com o divórcio ou fim da união estável.

7. Capital Segurado

7.1. O capital segurado será definido no contrato, sendo expresso em percentual aplicável ao capital segurado estabelecido para o segurado principal, não podendo exceder 100% (cem por cento) do capital contratado para esta última, obedecidas as disposições do item “Capital Segurado” das Condições Gerais para efeito de determinação do capital segurado individual.

7.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, o descrito em cada condição contratual das coberturas contratadas.

7.3. O pagamento do capital será feito em parcela única.

8. Beneficiários

8.1. No caso da morte do cônjuge/companheiro, o beneficiário será o próprio segurado principal.

8.2. Nas demais coberturas, fica estabelecido o constante nas condições especiais de cada cobertura.

9. Liquidação de Sinistros

9.1. Conforme disposto nas Condições Gerais do seguro e o constante nas condições especiais de cada cobertura.

10. Disposições Gerais

10.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Cláusula Suplementar.

CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. Objetivo da Cobertura

1.1. Mediante a inclusão desta cláusula suplementar na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado estipulado ao segurado principal em caso de morte de seu(s) filho(s) dependente(s), ou ainda em consequência de algum dos demais eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro, observadas as demais condições contratuais.

1.2. A condição de dependência do(s) filho(s) será apurada conforme os critérios da regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

2. Definições

2.1. Para efeito desta Cláusula Suplementar, considera-se filhos dependentes do segurado principal, assim considerados conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

3. Riscos Cobertos

3.1. A(s) cobertura(s) contratada(s) para o(s) filho(s) será(ão) estabelecida(s) contratualmente, de acordo com o disponível no item 3. Coberturas do Seguro das condições gerais e obedecerão às mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nas condições gerais e especiais das coberturas, podendo ser elas:

- a) Cobertura de Morte;
- b) Cobertura de Morte Acidental;
- c) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Natural ou Acidental;
- d) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Acidental;
- e) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Natural ou Acidental;
- f) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental.

3.2. Poderão fazer parte do seguro os filhos dependentes do cônjuge do segurado principal, conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

3.3. No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes originais, incluindo despesas com traslado.

3.3.1. Não estarão cobertas despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

3.4. Quando ambos os pais forem segurados dentro de um mesmo grupo, cada filho estará segurado apenas uma vez, sendo considerado dependente daquele que possuir o maior capital segurado, e que será denominado segurado principal para fins desta cláusula.

4. Riscos Excluídos

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, exclui-se desta cláusula o filho do segurado principal que faça parte do grupo segurado também na condição de segurado principal.

5. Aceitação e Inclusão

5.1. A inclusão de filhos no seguro ocorrerá de forma automática.

6. Vigência e Término do Risco Individual

6.1. O início de vigência do risco individual previsto nesta cláusula suplementar será:

- a) A data de início da cobertura do segurado principal; ou
- b) A data da inclusão desta cláusula no seguro, caso ocorra após o início de vigência da apólice.

6.2. Além das situações previstas nos itens “Cancelamento do Seguro” e “Cessação da Cobertura Individual” das Condições Gerais do seguro, o seguro sob esta cláusula suplementar terminará com a perda da condição de dependência ou com a morte do filho.

7. Capital Segurado

7.1. O capital segurado será definido no contrato, sendo expresso em percentual aplicável ao capital segurado estabelecido para o segurado principal, não podendo exceder 100% (cem por cento) do capital contratado para esta última, obedecidas as disposições do item “Capital Segurado” das Condições Gerais para efeito de determinação do capital segurado individual.

7.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, o descrito em cada condição contratual das coberturas contratadas.

7.3. O pagamento do capital será feito em parcela única.

8. Beneficiários

8.1. No caso da morte de filho segurado dependente, o beneficiário será o próprio segurado principal.

8.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referente as coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes aos herdeiros legais do segurado.

9. Liquidação de Sinistros

9.1. Conforme disposto nas Condições Gerais do seguro e o constante nas condições especiais de cada cobertura.

10. Disposições Gerais

10.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Cláusula Suplementar.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE BÔNUS POR NASCIMENTO E CESTA NATALIDADE

1. Objetivo da Cobertura

1.2 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado ao próprio segurado em caso de nascimento de filho(s) durante a vigência da apólice.

2. Definições

2.3 Recém-nascidos: recém-nascido vivo.

3. Riscos Cobertos

3.4 Considera-se como risco coberto, o nascimento de filho(s) prematuro(s) ou não, desde que respeitadas as condições contratuais.

3.5 Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida pelo número de filhos nascidos vivos.

3.6 Caso os pais (pai e mãe) trabalhem na mesma empresa, os capitais não se acumulam.

4. Riscos Excluídos

4.2 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:

d) Natimortos

e) Nascimentos ocorridos anteriores a vigência da apólice ou do segurado titular

5. Capital Segurado

5.4 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro.

5.5 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do nascimento do bebê.

5.6 Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela, em favor do próprio segurado.

6. Carência

6.3 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item "Carência" das

Condições Gerais.

6.4 A carência deverá ser fixada no contrato firmado entre o segurado e a seguradora e na apólice do seguro.

7. Liquidação de Sinistros

7.2 Para esta cobertura, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Certidão de nascimento;
- d) Cartão de nascimento em nome do recém-nascido feito pelo neonatologista na maternidade/hospital. Neste documento deverá conter: nome, data de nascimento, peso, capurro e idade gestacional (documento entregue no momento da alta hospitalar).
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- f) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

8. Disposições Gerais

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR ACIDENTE (ILPTA)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização ao segurado, seu curador ou a quem represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que for comprovada, através de declaração médica e exames complementares, invalidez laborativa permanente e total decorrente de acidente do segurado ocorrido, e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), durante a vigência da cobertura, observadas as demais condições contratuais.

1.2 É considerada invalidez laborativa permanente total por acidente aquela ocasionada em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação para o exercício pleno da atividade laborativa principal do segurado, definida como aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

Não podem figurar como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por acidente profissional, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

2 Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3 Riscos Cobertos

3.1 Para fins desta cobertura, entende-se por invalidez laborativa permanente e total por acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

3.1.1 A atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo de acidente, que acarretou a sua invalidez.

3.2 A constatação da Invalidez Laborativa Permanente Total por acidente será feita por declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na especialização do acidente ou através de junta médica.

3.3 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.

3.4 A Seguradora se reserva no direito de solicitar a realização de perícia médica ou análise do diagnóstico, por uma junta médica em caso de discordância com a conclusão do departamento médico do segurado.

3.5 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

3.6 Além da comprovação médica, se faz necessário a comprovação da aposentadoria do segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por acidente que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data do início de vigência da cobertura e que o segurado seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

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

3.8 A perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não caracteriza Invalidez Permanente Total por Acidente.

3.9 A indenização por invalidez permanente total por acidente e morte/morte acidental, se contratada, não se acumulam.

4 Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:

- e) Perda de dentes e danos estéticos;
- f) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- g) 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.
- h) Apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outras doenças não enquadradas no conceito de acidente pessoal.
- i) Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas;
- j) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro;
- k) Prática de esporte(s) de alpinismo, asa delta, balonismo, ciclismo, lutas, mergulho, para quedismo, piloto de prova/competição (terrestre/ aéreo e marítimo), rafting, ultra-leve e vôo livre.

5 Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela

seguradora ao segurado, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o segurado e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez laborativa permanente e total indicada na declaração médica.

5.3 Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

6 Cancelamento da cobertura individual

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

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

6.3 A Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização desta cobertura (ILPTA), ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

6.4 Não estando comprovada a invalidez laborativa permanente e total por doença profissional, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

7 Liquidação de Sinistros

7.1 Para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Acidente os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- 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 (se houver) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do acidente, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);
- h) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames,

que confirmem o quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);

- i) Comprovante de concessão de aposentadoria pelo órgão previdenciário Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) (cópia simples);
- j) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- k) Termo de curatela (cópia simples)
- l) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- m) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- n) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

7.2 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

7.3 A seguradora reserva-se o direito de não considerar quaisquer resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

8 Despesas de Comprovação

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez laborativa permanente e total por acidente profissional são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante ou nas situações de junta médica, conforme disposto na Cláusula 9.

8.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

9 Junta Médica

9.1 No caso de divergências médicas sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

9.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

10 Disposições Gerais

10.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.