

APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais de seu **Seguro Vida em Grupo – Taxa Média**, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
- Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- Mediante a contratação deste seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- O Segurado, ao assinar a proposta de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- Leia-as cuidadosamente, principalmente os textos em destaques contidos nas Condições Gerais, para que você possa, assim, usufruir com segurança os benefícios deste seguro.
- As coberturas contratadas pelo segurado estarão especificadas na apólice/demonstrativo de coberturas.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- O registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 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.

Versão 11/2013 - Documento registrado no 8º Oficial de Registro de Títulos e Documentos de Pessoa Jurídica da Capital sob o nº 1.301.636 e prenotado sob o número 1.344.582.
Seguro Vida em Grupo Taxa Única – Processo SUSEP nº 15414.001974/2006-10

Este seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S.A. – CNPJ 33.164.021/0001-00

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Ouvidoria é um canal de comunicação que colocamos à sua disposição, que tem por objetivo realizar análise das manifestações de forma isenta e imparcial, sendo o Ouvidor um defensor do cliente dentro da Seguradora.

Quando você pode recorrer a esse serviço?

A Ouvidoria está a sua disposição, sempre que necessário, sendo esta uma instância recursal. Desta forma, para acioná-la é imprescindível que já tenha contatado o canal de Sugestões, Reclamações e Elogios da Seguradora, através do Site ou Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), e discorde ou tenha dúvida da decisão que foi apresentada.

O papel do Ouvidor

O Ouvidor é um profissional que possui profundo conhecimento da área de seguros. Ele atua de forma personalizada e independente e age ativamente como representante do cidadão, respeitando as condições dos contratos de seguros, os direitos humanos e o Código de Defesa do Consumidor.

Sua solicitação em boas mãos

Com sua solicitação em mãos, o Ouvidor poderá esclarecer, justificar ou reformar uma decisão adotada pela empresa. E tenha certeza que tudo será estudado com o mais absoluto cuidado. No prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que a Ouvidoria receber a manifestação, o nosso Ouvidor comunicará o parecer adotado para você e ao corretor de seguros da apólice.

Estamos prontos para ouvir você

A Ouvidoria está em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP. Para recorrer a esse serviço, que é gratuito, você deverá apresentar a solicitação/reclamação por escrito, informando seu nome completo, CPF/CNPJ, número da apólice e do registro do sinistro (se for o caso), telefone e e-mail, através dos canais informados no verso deste manual.

Como funciona a Ouvidoria

Você pode recorrer a este serviço sempre que não concordar ou tiver dúvida em relação a uma decisão adotada pela empresa. Todavia, para isso é imprescindível já ter acionado o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC).

Assim, você registra sua manifestação nos seguintes canais:
www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria **ou**;
Através do 0800 449 0000 **ou**;
Caixa Postal 12829, São Paulo – SP, CEP: 04010-970
Ouvidoria Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

**CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE VIDA EM GRUPO
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.**

1.	OBJETIVO DO SEGURO	4
2.	CONCEITO DAS COBERTURAS	5
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	21
4.	CARÊNCIA	24
5.	ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS.....	25
6.	DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA	25
7.	DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS	25
8.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	26
9.	DA INCLUSÃO DE CÔNJUGES	28
10.	DA INCLUSÃO DE FILHOS.....	29
11.	BENEFICIÁRIOS.....	30
12.	CAPITAIS SEGURADOS	31
13.	CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	31
14.	CUSTEIO DO SEGURO	32
15.	PRÊMIO	32
16.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS	34
17.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	34
18.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	44
19.	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	44
20.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	45
21.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	45
22.	DA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS.....	46
23.	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	47
24.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	48
25.	DISPOSIÇÕES GERAIS	48
26.	PRESCRIÇÃO	48
27.	DO FORO	48

SEGURO DE VIDA EM GRUPO – TAXA MÉDIA

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

1.2 As coberturas deste Seguro dividem-se em básica e adicionais:

1.2.1 Cobertura Básica:

- **Básica – Morte;**

1.2.2 Coberturas Adicionais:

- **IEA – Indenização Especial por Morte Acidental**
- **IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**
- **IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente**
- **IPDL – Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa**
- **IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional**
- **DIT – Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença**
- **VIT – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença**
- **VITA – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente**
- **DG – Doenças Graves**
- **RIH – Renda por Internação Hospitalar**
- **DMHO – Despesa Médicas, Hospitalares e Odontológicas**
- **AF – Auxílio Funeral Titular – Não Dedutível**
- **AF – Auxílio Funeral Familiar – Não Dedutível**
- **AF – Auxílio Funeral Titular – Dedutível**
- **AF – Auxílio Funeral Familiar – Dedutível**
- **AF – Auxílio Funeral Titular – Reembolso - Não Dedutível**
- **AF – Auxílio Funeral Familiar – Reembolso - Não Dedutível**
- **AA – Auxílio Alimentação**
- **VR – Verbas Rescisórias**
- **DCF – Doenças Congênitas de Filhos**

1.3 Esse seguro prevê, ainda, a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas Suplementares:

- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – Básica (Morte)**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IEA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPTA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIT**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DG**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – RIH**

- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DMHO;
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – Básica (Morte)
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – IEA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – IPA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – IPTA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DIT
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DG
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – RIH
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DMHO
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – Básica (Morte)

- 1.4 As indenizações previstas para as coberturas conjugadas: Básica – Morte e Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), assim como, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), se acumulam e podem ser contratadas conjugadamente, quando definido no contrato.
- 1.5 O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Seguro”, quais coberturas pretende contratar, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.
- 1.6 Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1 BÁSICA

2.1.1 CB – Cobertura Básica - Morte

Garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2 ADICIONAIS

2.2.1 IEA - Indenização Especial de Morte por Acidente

Desde que contratada, garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura em caso de morte do segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo seguro, sem prejuízo do pagamento do capital referente a Cobertura Básica, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.2 IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (item 2.2.2.10)**, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente

peçoal coberto, mediante comprovaçoão por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitaçoão ou recuperaçoão pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constataçoão, quando da alta médica definitiva, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.**

2.2.2.1 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovaçoão da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenizaçoão, caso o segurado a tanto se negue.

2.2.2.1.1 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.

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

2.2.2.3 Nos casos não especificados na tabela, a indenizaçoão por invalidez será estabelecida com base na diminuiçoão permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

2.2.2.4 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenizaçoão será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado nesta Cobertura.

2.2.2.5 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a da indenizaçoão prevista para sua perda total.

2.2.2.6 Em caso de perda ou maior reduçoão funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

2.2.2.7 A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenizaçoão por invalidez permanente por acidente.

2.2.2.8 As indenizaçoões previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenizaçoão por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenizaçoão por morte deve ser deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

2.2.2.9 A reintegraçoão do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou

indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

2.2.2.10 Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
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 e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso da falange distal do polegar	9	

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos 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 tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, 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 ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

2.2.3 IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, **total**, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no item 2.2.3.1, em virtude de lesão física causada por acidente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.**

2.2.3.1 Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

2.2.3.2 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2.2.3.2.1 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.

2.2.3.3 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

2.2.3.4 As indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

2.2.4 IPDL – Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa

2.2.4.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez total e permanente por doença laborativa, exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

2.2.4.1.1 Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa 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.

2.2.4.1.1.1 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 da doença que acarretou a sua invalidez.

2.2.4.1.2 Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.2.4.1.2.1 Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

2.2.4.2 A invalidez por doença laborativa deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso ele a tanto se negue,

2.2.4.2.1 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.

2.2.4.3 Não podem configurar como segurados, para a cobertura de invalidez permanente total por doença laborativa, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

2.2.4.4 Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença laborativa, poderá o segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez total e permanente por doença laborativa devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do capital segurado.

2.2.4.4.1 Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa, o seguro continuará em vigor, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.**

2.2.4.4.2 Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

2.2.4.5 A cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa não se acumula com as coberturas básica (morte), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

2.2.5 IPDF – Invalidez Permanente Total por Doenças Funcional

2.2.5.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado Individual contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez total e permanente por doença funcional, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

2.2.5.1.1 Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional aquela que cause a Perda da Existência Independente do segurado.

2.2.5.1.1.1 Para todos os efeitos desta cobertura é considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.

2.2.5.1.1.2 **Está coberta** a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes **exclusivamente de doença**:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

2.2.5.1.1.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Permanente e Total por Doença Funcional.

2.2.5.1.1.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

2.2.5.1.1.4 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

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

Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

**DOCUMENTO 1
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

DOCUMENTO 2
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

2.2.5.2 Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença funcional, poderá o segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez total e permanente por doença funcional devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do capital segurado.

2.2.5.2.1 Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional, o seguro continuará em vigor, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, sem qualquer devolução de prêmios.**

2.2.5.2.2 Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

2.2.5.3 A cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional (IPDF) não se acumula com a cobertura básica (morte), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

2.2.6 DIT - Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença

2.2.6.1 Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 15 dias**, de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal ou doença devidamente coberto**, a Seguradora pagará ao próprio segurado, para cada dia de afastamento, o valor da diária contratado, **até o limite máximo de diárias estabelecido no contrato, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de franquia bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato.**

2.2.6.2 Caso o segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, **extingue-se, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente a diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito.**

2.2.6.3 O limite máximo de diárias, o valor e a forma de pagamento serão definidos no Contrato, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual.

2.2.6.4 O limite máximo de diárias para contratação não poderá ultrapassar 365 (trezentos e sessenta e cinco), por evento, sendo que cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

2.2.6.5 **As diárias por incapacidade serão devidas a partir do 16º dia**, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o segurado a tanto se negue**.

2.2.6.6 Caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

2.2.7 VIT – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ ou Doença

Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 30 dias**, por evento, de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal ou doença devidamente coberta**, a Seguradora pagará ao próprio segurado, uma verba **até o limite máximo estabelecido no contrato, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de carência bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato**.

2.2.7.1 O valor e a forma de pagamento serão definidos no Contrato, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual.

2.2.8 VITA – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente

Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 30 dias**, por evento, de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal devidamente coberto**, a Seguradora pagará ao próprio segurado, uma verba **até o limite máximo estabelecido no contrato, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de carência bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato**.

2.2.8.1 O valor e a forma de pagamento serão definidos no Contrato, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual.

2.2.9 DG – Doenças Graves

2.2.9.1 Desde que contratada garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada (s) para fins deste Seguro, ocorrida e

diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato. Esta cobertura cessará quando o Segurado completar 65 anos.**

2.2.9.1.1 As doenças cobertas nesta garantia serão acordadas em cada Contrato.

2.2.9.1.2 Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, desde que convencionadas na Proposta de Contratação, sendo necessário que o seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

2.2.9.2.1 DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA (CÂNCER OU TUMOR MALÍGNO)

2.2.9.2.1.1 Definição:

É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

2.2.9.2.1.2 Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para doença neoplásica maligna, estão cobertos os portadores de neoplasia maligna com metástases à distância, devidamente comprovado através de exames complementares especializados. Estarão cobertos também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mielóide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos como pulmão, fígado e medula óssea.

Além da cobertura acima descrita, estarão cobertos os segurados do sexo feminino portadores de Câncer de Mama ou Colo de Útero, bem como os segurados do sexo masculino portadores de Câncer de Próstata, desde que diagnosticados por médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

2.2.9.2.2 DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

2.2.9.2.2.1 Definição:

São as doenças do coração: infarto do miocárdio, doenças das artérias cardíacas e doenças das válvulas do coração.

2.2.9.2.2.2 Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para doenças cardiológicas, estão cobertos os seguintes riscos:

- a) Infarto do miocárdio devidamente comprovado através de exames específicos: cateterismo e enzimas cardíacas;
- b) Doenças das artérias cardíacas tratadas com angioplastia ou cirurgia de revascularização do miocárdio;
- c) Doenças das válvulas cardíacas tratadas cirurgicamente.

2.2.9.2.3 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

2.2.9.2.3.1 Definição:

Isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e seqüela neurológica definitiva.

2.2.9.2.3.2 Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para acidente vascular cerebral, estão cobertos os portadores de sequelas de AVC (Acidente Vascular Cerebral) avaliados após 6 meses do evento, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela.

A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angioressonância ou Doppler de Carótidas).

2.2.9.2.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS

2.2.9.2.4.1 Definição:

É a transferência de órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

2.2.9.2.4.2 Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para Síndrome da Transplantes de Órgãos Vitais, estarão cobertos os Segurados que necessitarem do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:

- Coração
- Fígado
- Medula óssea.
- Pâncreas
- Pulmão
- Rim

2.2.9.2.5 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA (AIDS)

2.2.9.2.5.1 Definição:

A SIDA (AIDS) é um conjunto de sinais e sintomas de imunodeficiência secundária, resultante da infecção pelo vírus HIV, sendo caracterizada por infecções oportunistas, neoplasias malignas, disfunções neurológicas e várias outras síndromes.

2.2.9.2.5.2 Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, estarão cobertos os Segurados portadores do vírus HIV em estágio avançado (estado grave) acometidos de afecções oportunistas recorrentes (Infecções frequentes, diarreias crônicas, complicações neurológicas ou

neoplasias malignas) e com comprometimento do estado geral e resistente a tratamentos convencionais e que tenham os exames laboratoriais recentes com o seguinte perfil:

- Linfócitos CD4 - abaixo de 200 células por mm³
- Linfócitos CD8 - abaixo de 600 células por mm³.
- Relação CD4/CD8 - abaixo de 0,8
- Carga Viral- acima de 50.000

2.2.9.2.6 INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL

2.2.9.2.6.1 Definição:

É a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e demonstrado através de exames complementares apropriados.

2.2.9.2.6.2 Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para insuficiência renal terminal, estão cobertas todas as doenças renais com evolução para insuficiência renal terminal, conforme definição para fins desta cobertura.

2.2.9.3 Para as doenças descritas nos itens 2.2.9.2.1; 2.2.9.2.2; 2.2.9.2.4; 2.2.9.2.5 e 2.2.9.2.6 só terão direito ao Capital Segurado os Segurados que se encontrarem em vida após 60 (sessenta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

2.2.9.4 Quando contratada cobertura para todas as doenças previstas na garantia de Doenças Graves, somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

2.2.9.5 **O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.**

2.2.10 RIH – Renda por Internação Hospitalar

2.2.10.1 Desde que contratada, garante, ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, **entendo-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.10.2 O valor de cada Diária será estabelecido no Contrato.

2.2.10.3 A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias. Assim, a indenização somente será devida a partir do 3º dia de internação, inclusive.

2.2.10.4 O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, esta limitado em 180 dias de Internação(ões), consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo evento coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.

2.2.11 DMHO– Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas.

2.2.11.1 Desde que contratada, garante ao próprio segurado, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.11.2 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 haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

2.2.11.3 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2.2.11.4 A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

2.2.11.5 A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o segurado a tanto se negue.**

2.2.12 VR – Verbas Rescisórias

2.2.12.1. Desde que contratada garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura a título de verbas rescisórias, em caso de morte do segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.13 DCF – Doenças Congênitas de Filhos

2.2.13.1 Desde que contratada garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em razão do nascimento de filho com vida, portador de doença congênita prevista nestas condições gerais, que tenha sido diagnosticada até o 6º (sexto) mês de vida, contado a partir da data do nascimento, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, e do Contrato.**

2.2.13.2. Definições:

2.2.13.2.1. Data do Evento - considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico médico da doença congênita coberta nestas Condições Especiais, desde que efetuado entre a data de nascimento até o 6º (sexto) mês de vida.

2.2.13.2.2. Doença Congênita - considera-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos e funcionais diagnosticados quando do nascimento com vida.

Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:

- **Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;**
- **Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;**
- **Malformação da traquéia e dos pulmões;**
- **Malformação dos rins;**
- **Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;**
- **Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;**
- **Malformação dos órgãos sensoriais, exclusivamente visão e audição; e,**
- **Anomalias cromossômiais (Síndrome de Down e Síndrome de Tumer).**

2.2.13.2.3. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.

2.2.14. Auxílio Funeral Titular – Não Dedutível

2.2.14.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido no contrato para esta cobertura. **Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

2.2.15 Auxílio Funeral Familiar – Não Dedutível

2.2.15.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, de seu cônjuge e/ou filhos, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido no contrato para esta cobertura. **Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

2.2.16. Auxílio Funeral - Titular - Dedutível

2.2.16.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido no contrato para esta cobertura. **Esse valor será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

2.2.17 Auxílio Funeral - Familiar - Dedutível

2.2.17.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, de seu cônjuge e/ou filhos, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido no contrato para esta cobertura. **Esse valor será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

2.2.17.2 As coberturas de auxílio funeral dedutível preveem o adiantamento do capital segurado referente à Cobertura Básica e não haverá cobrança de prêmio para sua contratação

2.2.18 Auxílio Funeral Titular- Reembolso Não Dedutível

2.2.18.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, as despesas devidamente comprovadas com funeral serão reembolsadas, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do capital segurado estabelecido no contrato para esta cobertura. **Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

2.2.19 Auxílio Funeral Familiar - Reembolso Não Dedutível

2.2.19.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, de seu cônjuge e/ou filhos, as despesas devidamente comprovadas com funeral serão reembolsadas, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do capital segurado estabelecido no contrato para esta cobertura. **Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

2.2.20 AA - Auxílio Alimentação

2.2.20.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, será indenizado a título de Auxílio Alimentação o valor estabelecido no contrato para esta cobertura. **Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Válido para todas as coberturas:

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro para os seguros principais e dependentes:

- a) **do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- d) **de doenças preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;**
- e) **da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;**
- f) **suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**

- g) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios.**
- h) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;**
- i) Envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem.**

3.2 Além dos riscos mencionados nos itens acima, estão expressamente excluídos das coberturas de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

3.3 Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Doenças Funcional (IPDF), ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autonômicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos;**

3.4. Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH), os eventos e internações decorrentes de:

- a) Ferimentos auto infligidos, temporária ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- b) Gravidez e suas conseqüências;**
- c) Parto normal ou cesariana, abortamentos e suas conseqüências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;**
- d) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;**
- e) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- f) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em conseqüência de Acidente;**
- g) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras e;**
- h) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;**
- i) Epidemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente a população onde o Segurado resida;**

- j) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;
- k) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);
- l) Anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- m) Diálises, hemodiálises;
- n) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.

3.5. Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Doenças Graves (DG):

- a) para Doença Neoplásica Maligna (câncer ou tumor maligno):
 - As displasias e lesões pré-cancerígenas.
 - Para portadores do sexo feminino, exclui-se ainda: o carcinoma "*in situ*" (incluindo displasia cervical), neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas, neoplasias não primárias do tecido mamário na região anatômica das mamas e neoplasias benignas das mamas ou do colo do útero.
- b) para Doenças Cardiológicas:
Não estão incluídos no conceito de Infarto Agudo do Miocárdio, para fins desta Cobertura:
 - infartos do miocárdio pré-existentes a contratação do seguro e demonstrados através do ECG
 - toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;
 - as doenças do coração não diagnosticada como risco coberto no item 2.9.2.2.2.
- c) para Acidente Vascular Cerebral:
 - Ataques isquêmicos transitórios (AIT).
- d) para Insuficiência Renal Terminal:
 - Consideram-se como riscos excluídos os quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

3.6. Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas(DMHO), as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as prótese pela perda de dentes naturais.

3.7. Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (DIT), Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VIT) e Verba por Incapacidade Temporária por Acidente (VITA), os eventos e internações decorrentes de:

- a) Acidentes ou doenças diagnosticadas em data anterior ao início de vigência da apólice;



- b) Lesão por esforço repetitivo (L.E.R) e distúrbios osteo-musculares crônicos relacionados ao trabalho (DORT) e fibromialgia;
- c) Doenças crônicas diagnosticadas como: artrite reumatoide, osteoartrose, as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, dorsalgias e cervicalgias;
- d) Ferimentos auto infligidos, de caráter temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- e) Lesões ou sequelas decorrentes da tentativa de suicídio ocorridas nos 2 (dois) primeiros anos de cobertura da apólice;
- f) Doenças psiquiátricas ou mentais quaisquer que sejam suas causas;
- g) Tratamento para dependentes químicos por drogas proibidas ou álcool, desde que a causa seja tão somente esta ou juntamente com outra doença excluída neste contrato de seguro;
- h) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- i) Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade;
- j) Tratamento para doenças degenerativas em geral como, Mal de Parkinson e Mal de Alzheimer, não limitadas à estas;
- k) Tratamento que vise o combate à para obesidade em suas várias modalidades, exceto se por tratamento cirúrgico;
- l) Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;
- m) Gravidez, parto e suas consequências, exceto quando houver complicações decorrentes de acidente;
- n) Abortos provocados ou não e suas consequências, exceto quando desencadeado por acidente pessoal;
- o) Epidemias e pandemias, declaradas por órgão competente;
- p) Atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, que acarretem lesões ou sequelas;
- q) Acidentes provocados por segurados não habilitados, em veículos ou embarcações motorizadas.

4. CARÊNCIA

4.1 As coberturas básica e as adicionais de Auxílio Funeral, Auxílio Alimentação(AA), Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF) **Verba por Incapacidade Temporária, exclusivamente se decorrente de doença**, Doenças Graves (DG) e Verbas Rescisórias (VR) estão sujeitas ao período de carência definido no Contrato.

4.2 Haverá carência de 3 (três) meses contados à partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Diárias de Incapacidade Total (DIT), exclusivamente se decorrente de doença, e para a Cobertura de Renda Diária por Internação Hospitalar (RIH), exclusivamente se decorrente de doença.

4.3 Haverá carência de 2 (dois) meses contados à partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Doenças Graves (DG).

4.4 Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

4.6. Não haverá carência para os casos de transferência do grupo segurado de outra para esta SEGURADORA, exclusivamente para os segurados que já participavam do grupo.

4.7. O prazo que um plano de seguro poderá estabelecer como carência será de dois anos e não poderá exceder metade do prazo de vigência..

5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

5.1 O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído. Este âmbito geográfico se dará às coberturas que seguem relacionadas: Morte (Básica), IEA (Indenização Especial por Morte Acidental), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Auxílio Funeral Titular - Não Dedutível, Auxílio Funeral Familiar – Não Dedutível, Auxílio Funeral Titular - Dedutível, Auxílio Funeral Familiar – Dedutível, Auxílio Funeral Titular – Reembolso – Não Dedutível, Auxílio Funeral Familiar – Reembolso – Não Dedutível, Auxílio Funeral Familiar com agregados – Reembolso – Não Dedutível, Auxílio Alimentação (AA).

5.2 Para as coberturas de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT), Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VIT), Verba por Incapacidade Temporária por Acidente (VITA) Doenças Graves (DG), Renda por Internação Hospitalar (RIH), Verbas Rescisórias (VR) e Doenças Congênitas de Filhos (DCF), o âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

5.3 As indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

6. DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

6.1 A apólice mestra vigorará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no contrato, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a SEGURADORA manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

6.2 A renovação automática prevista no subitem anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

6.3 Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

6.4 Início de Vigência

O início de vigência da apólice mestra se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data expressa no Contrato.

7. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

7.1 O início e término de vigência de cada segurado será definido no Contrato.

7.2 O início e término da vigência individual dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas no Contrato.

7.3 Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Adesão, o início de vigência é o dia de aceitação da proposta ou outro se solicitado pelo proponente. Em havendo pagamento parcial ou total do prêmio, considera-se o início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

7.4. Os seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a apólice mestra, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

7.4.1. No caso de não renovação da apólice mestra, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

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

8. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

8.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

8.2 A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

8.3 Será estabelecida no Contrato a quantidade mínima de segurados necessária para a aceitação de Seguro.

8.4 Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas pertencentes ao grupo segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas no Contrato.

8.5 Havendo expressa convenção no Contrato, poderão ser incluídos no seguro aposentados e afastados do serviço.

8.6 A inclusão dos componentes seguráveis, poderá ser feita de uma das seguintes formas, conforme estabelecido no Contrato:

8.6.1 Automática: nos seguros não contributários (subitem 14.1), quando abranger a totalidade dos componentes do grupo segurável;

8.6.2 Facultativa: quando o seguro abranger somente os componentes do grupo segurável que tenham, facultativamente, aderido ao seguro, ou cuja inclusão seja feita por ordem e conta do Estipulante.

8.7 A inclusão de proponentes neste seguro se dará através do preenchimento, assinatura e entrega à Seguradora, do formulário denominado “Proposta de Adesão”, juntamente com a declaração pessoal de saúde atividade profissional.

8.7.1 A Proposta de Adesão deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente ou responsável legal, documento em que constará cláusula em que o proponente declarará ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

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

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

8.8.2 **Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no subitem 8.8.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 8.8 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.**

8.9 A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, bem como a justificativa da recusa, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, contados da data da formalização da recusa, deduzindo do valor “pro rata temporis” a parcela correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizados da data do pagamento pelo Estipulante e/ou Segurado até a data da efetiva restituição, **pelo índice estabelecido no subitem 16.1 destas Condições Gerais**, conforme legislação vigente.

8.9.1 Nos contratos de seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas com adiantamento de prêmio, o proponente terá cobertura entre a data do recebimento da proposta até a data da formalização da recusa.

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

8.10.1 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.

8.10.1.1 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

8.10.2 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

9. DA INCLUSÃO DE CÔNJUGES

9.1 O Contrato deste seguro poderá prever e regular a inclusão, automática ou facultativa, dos cônjuges dos Segurados Principais que estejam em perfeitas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes.

9.2 Contratada a inclusão de cônjuge e pago o prêmio adicional, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado contratado para esta cláusula suplementar, **observados os riscos excluídos, as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

9.2.1. O capital segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado Principal.

9.3 O Estipulante deverá informar quais as coberturas que pretende adotar para esta Cláusula Suplementar, observadas as opções indicadas abaixo, conforme convencionado no Contrato e desde que essas coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal.

IAC – Inclusão Automática de Cônjuges - Básica (Morte)

IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IEA

IAC – Inclusão Automática de Cônjuges - IPA

IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPTA

IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIT

IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DG

IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – RIH

IAC – Inclusão Automática de Cônjuges - DMHO

IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges - Básica (Morte)

IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – IEA

IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges - IPA

IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – IPTA

IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DIT

IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DG

IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – RIH

IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DMHO

9.4 A inclusão de cônjuge será automática quando abranger os cônjuges de todos os segurados principais, independentemente de solicitação.

9.5 A inclusão facultativa de cônjuge estará condicionada à solicitação do Segurado Principal e aceitação da Seguradora, além do pagamento de prêmio adicional.

9.6 Equiparam-se aos cônjuges a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

9.7 Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge, nos casos em que se exigir declaração pessoal de saúde.

9.8 Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, canceladas estarão, automaticamente, as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, seja automática ou facultativa a inclusão, independentemente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Principal à SEGURADORA e ter havido pagamento de prêmio.

9.9 No caso previsto no subitem anterior (9.8) e na modalidade de cônjuge facultativo, os prêmios pagos serão devolvidos atualizados monetariamente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição.

9.10 Não poderá, seja de forma automática, seja facultativamente, ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o cônjuge que participe na apólice na qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice Mestra.

10. DA INCLUSÃO DE FILHOS

10.1 O Contrato deste seguro poderá prever e regular a inclusão automática dos filhos do Segurado Principal.

10.1.1 São considerados filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

- I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- II - filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;
- III - o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- IV - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- V - irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 anos;
- VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

10.2 Contratada a inclusão automática de filhos, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado contratado para esta cláusula suplementar, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

10.2.1. O capital segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado principal

10.3. Na hipótese de falecimento de menor de 14 (quatorze) anos, a indenização será destinada, exclusivamente, ao reembolso das despesas com funeral, devidamente comprovadas, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado para esta Cobertura. Entre as despesas cobertas incluem-se as havidas com traslado, excluindo-se as decorrentes de aquisição de terrenos, jazigos e carneiros.

10.4 Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, os filhos serão incluídos uma única vez, considerando-se dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cobertura.

10.5 Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o filho do Segurado Principal que já ostente a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice Mestra.

11. BENEFICIÁRIOS

11.1 Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

11.2 Alteração de Beneficiários

O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

11.2.1 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

11.3 Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

11.4 No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Diária Temporária por Incapacidade Total por Acidente e/ou Doença (DIT), Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VIT), Verba por Incapacidade Temporária por Acidente (VITA), Doenças Graves (DG), Renda por Internação Hospitalar (RIH) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Doenças Congênitas de Filhos (DCF), previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

11.4.1 No caso das coberturas de Auxílio Funeral Titular – Reembolso Não Dedutível e Auxílio Funeral Familiar – Reembolso Não Dedutível, previstas nestas Condições Gerais, o capital segurado deverá ser pago ao Titular constante nas contas originais apresentadas para comprovação dos gastos com o funeral do segurado.

11.5 Beneficiários dos Segurados Dependentes

Em caso de morte devidamente coberta do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será o Segurado Principal. Para as demais coberturas oferecidas ao Segurado Dependente, o beneficiário será sempre o próprio Segurado Dependente.

11.5.1 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o capital segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais do Segurado Dependente.

11.6 Estipulante Beneficiário

11.6.1. Para a cobertura de Verbas Rescisórias (VR) o beneficiário será sempre o Estipulante.

11.6.1.1. O Estipulante a qualquer tempo e desde que o faça por escrito a Seguradora anteriormente ao pagamento da indenização poderá abrir mão da indenização a favor dos beneficiário(s) “herdeiros legais” ou designados pelo segurado.

12. CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

12.1. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

12.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) na Cobertura Básica, Verbas Rescisórias, Auxílio Funeral e Auxílio Alimentação, a data do falecimento;
- b) nas Coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), a data do acidente;
- c) nas Coberturas de Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL) e Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), a data em que a invalidez restou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora;
- d) na Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (DIT), a data do afastamento;
- e) na Cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença, a data do afastamento;
- f) na Cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente, a data do afastamento;
- g) na Cobertura de Doenças Graves (DG), a data do diagnóstico da doença confirmado por exames; e,
- h) na Cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH), a data da internação.

13. CERTIFICADO INDIVIDUAL

No início de cada vigência e a cada renovação subsequente do contrato será encaminhado pela Seguradora um Certificado Individual a cada Segurado Principal, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) Data do início e término do seguro individual **do segurado principal e seus dependentes;**
- b) Capitais Segurados de cada Cobertura;
- c) Valor do prêmio total.

14. CUSTEIO DO SEGURO

Conforme disposto no Contrato, o custeio do seguro pode ser:

14.1 Não-Contributário – quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do estipulante, sem a participação do segurado.

14.2 Contributário - quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

15. PRÊMIO

15.1 A forma de pagamento, bem como o valor e critério de atualização do prêmio será estipulado no Contrato.

15.2 Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos sub-ítems abaixo:

15.2.1 **Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.**

15.2.2 A data-limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da Apólice Mestra, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do Prêmio.

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

15.4 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela SEGURADORA e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada segurado.

15.5 Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora / Corretor e solicitar a emissão da 2ª via do boleto bancário.

15.6. **Nos seguros contributários, desde que tenha sido recebido pelo Estipulante os prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice mestra, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do Estipulante.**

15.7. **Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice Mestra, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício, cancelamento do seguro individual ou mediante pedido do segurado principal.**

15.8 Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

15.9 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

15.10. ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO

15.10.1 Data do vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura
Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

15.10.1.1 A parcela vencida mencionada no subitem anterior não será cobrada pela Seguradora, uma vez que não será concedida a respectiva cobertura.

15.10.1.2 Quando suspensa a cobertura do seguro, seja da apólice mestra, sejam das coberturas individuais, poderá ser reabilitada, por uma única vez, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente à parcela em atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.

15.10.2 Data do vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura:
Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, mantendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

15.10.2.1 O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será até a data do vencimento da próxima parcela do prêmio referente ao período de cobertura subsequente.

15.10.2.2 O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias, será acrescido de multa e juros de mora conforme critério previsto na proposta de seguro e condições contratuais da apólice.

15.10.2.3 Caso essa parcela pendente não seja paga até a data limite especificada no subitem 15.10.2.1, seja a apólice mestra, sejam as coberturas individuais, serão canceladas a partir das 24 (vinte e quatro) horas dessa mesma data, sendo devido o pagamento das parcelas de prêmio referentes a períodos de cobertura ainda não emitidos e anteriores à data do cancelamento.

15.10.2.4 As parcelas do prêmio não pagas após 30 (trinta) dias do seu vencimento poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora.



15.11. CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

15.11.1 Vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura

O Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado da suspensão das coberturas e cientificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do seguro.

15.11.1.1 Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação. Assim, após a reabilitação, havendo novo atraso no pagamento de qualquer das parcelas do prêmio, este seguro estará automaticamente cancelado.

15.11.2 Vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura

O Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do seguro.

15.11.2.1 Nesse caso não haverá reabilitação de cobertura.

16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

16.1 Para os seguros com vigência superior a 1 (um) ano, o valor do capital segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, com base na última publicação oficial, verificada no mês de aniversário do seguro, ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir.

16.2 O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

16.3 O Contrato poderá estabelecer ainda que, no caso de capital segurado múltiplo salarial, o valor do capital segurado e dos prêmios poderá ser alterado segundo a variação do salário ou provento do Segurado Principal.

17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, por fax, telegrama, telex, carta ou qualquer meio disponível no momento.

17.1 Em seguida, deverá ser encaminhada a **documentação relacionada adiante**. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

17.2 Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação constantes no subitem 17.4 destas condições.

17.2.1 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nesta cláusula, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no subitem 17.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.”

17.2.2 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 17.2 e 17.2.1, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 1,0% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA-IBGE** – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

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

17.3 Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora os eventuais encargos de tradução necessários para liquidação do sinistro.

17.3.1 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

17.4 Documentos para Regulação dos Sinistros

17.4.1 Para todas as Coberturas:

- a) Aviso de sinistro totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e Beneficiários;
- b) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o 1º titular da conta.

17.4.2 Para a Cobertura de Morte - Básica:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito, se houver.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;

- c) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

17.4.3 Para as Coberturas de Morte Acidental:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de convivência;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- g) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- h) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

17.4.4 Para as Coberturas de Invalidez Permanente por Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;

- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

17.4.5 Para a Cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado;

II) Documento Original

- a) Relatório médico totalmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e o grau de invalidez, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como **a data da caracterização da invalidez**;
- b) Documentos comprovadores da renda do Segurado, quando este estiver mais de uma fonte de renda.

17.4.6 Para a Cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Indentidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Exames laboratoriais de diagnóstico da doença.

II) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e o grau de invalidez, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como **a data da caracterização da Invalidez**.



17.4.7 Para a Cobertura Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Indentidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença.

II) Cópia Autenticada

- a) Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- b) Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado.

III) Documento Original

- a) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período do afastamento.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML);

Importante: Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

17.4.8 Para a Cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Indentidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;



d) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença.

II) Cópia Autenticada

- a) Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- b) Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado.

III) Documento Original

- a) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período do afastamento.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML);

Importante: Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

17.4.9 Para a cobertura de Doenças Graves:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- d) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares.

II) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

17.4.10 Para a Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.), Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- b) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, em que deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados.
- b) Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado.

17.4.11 Para a cobertura de Renda por Internação Hospitalar Doença e Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Prontuário Médico completo;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- f) Exames complementares comprovando o diagnóstico.

II) Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprovem os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório Médico Assistente, relatando os motivos que justifiquem a internação do Segurado e que constem o aviso de alta médica.

Em caso de Acidente:



Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.

17.4.12 Para a Cobertura Adicional de Verbas Rescisórias:

Serão necessários os documentos elencados na cobertura de Morte – Básica ou Morte Acidental mais:

I) Cópia Autenticada

- a) Comprovante de rescisão trabalhista devidamente homologado.

17.4.13 Para a Cobertura Adicional de Doenças Congênitas de Filhos (DCF):

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do Filho.

II) Documento Original

- a) Declaração do médico assistente, atestando a doença congênita, indicando a data de seu início, causas, circunstância e evidências, acompanhada de exames laboratoriais e especializados, e laudos periciais que a comprovem.

17.4.13.1.1 O Segurado Principal compromete-se a submeter o filho à perícia médica, se requerida pela Seguradora.

17.4.13.2. A solicitação de documentos ou outras providências tomadas pela Seguradora não caracterizam, por si só, obrigatoriedade de pagamento da indenização.

17.4.13.4. As despesas efetuadas com a comprovação da Doença Congênita de Filho correrão por conta do Segurado Principal, excluídas as realizadas pela Seguradora, a quem serão facultadas todas as medidas.

17.4.14 Para as coberturas de Auxílio Funeral (Titular ou Familiar) (Dedutível ou Não Dedutível):

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

17.4.15 Para as coberturas de Auxílio Funeral (Reembolso de Despesas)

I) Cópia Simples

- a) Comprovante de vínculo com o Estipulante;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e de quem arcou com as despesas do funeral;
- c) Documentos que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- d) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de quem arcou com as despesas sendo esso o 1º titular da conta.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.

III) Documento Original

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

17.4.16 Para a cobertura de Auxílio Alimentação

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

17.5 Junta Médica

17.5.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

17.5.1.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

17.5.2 Perícia da Seguradora

17.5.2.1 A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

17.5.2.2 O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

17.5.2.3 Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

18. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

18.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- b) com a morte do Segurado Principal;
- c) com o recebimento do capital segurado relativo à cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL) e Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF).
- d) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;
- e) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- f) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;
- g) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice Mestra;
- h) automaticamente se houver inexactidão ou omissão nas declarações do segurado e/ou estipulante seu representante, ou seu corretor de seguros no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato.

18.2 Além das hipóteses já elencadas, o Segurado Dependente também perderá esta qualidade:

- a) se for cancelada a respectiva cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos;
- b) se cessar a condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicada à Seguradora;
- c) a pedido do Segurado Principal;
- d) com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

A Apólice Mestra será cancelada:

19.1 por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;

19.2 pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 15.

19.3 se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.

19.4 quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.



20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1 A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários:

- a) inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências.
- d) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- e) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- f) não fornecimento da documentação solicitada.

20.1.1 **Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.**

20.1.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do item 20.1 não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

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

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- I - fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- II - manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- IV - efetuar o pagamento ou repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente
- V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;
- VII - comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- IX - comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- X - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e,
- XI - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

22. DA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

Desde que estabelecido no Contrato, ao final de cada vigência da apólice e depois de pagas todas as faturas do período será apurado o excedente técnico da apólice, destinando-se **um percentual** do resultado obtido ao Estipulante, ou, no caso de seguro contributivo, aos Segurados. O resultado ou excedente técnico é o excesso, porventura existente da receita sobre a despesa. Para fins da apuração do resultado técnico consideram-se no mínimo os itens abaixo estabelecidos. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídas na apuração de excedente técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante:

22.1 Como Receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR) do período anterior;
- d) Recuperação de sinistros em resseguro.

22.2 Como Despesa para os mesmos fins:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
 - b) As comissões de administração (Pró-Labore) pagas durante o período;
 - c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
 - d) Valor total de sinistros ocorridos em qualquer época e avisados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
 - e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período conforme acordado com o Estipulante;
 - f) Saldo negativo dos períodos anteriores, ainda não compensados;
 - g) As despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante;
 - h) Prêmios de resseguro;
 - i) Os seguintes tributos: PIS, COFINS, CPMF, IR e CSLL.
 - j) Despesas de Marketing
-
- k) Valor total das despesas de desenvolvimento, confecção e envio de quaisquer materiais de a serem fornecidos aos segurados.;e
 - l) Valor total das despesas com Assistências

22.3 As Receitas e Despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) O respectivo dia de pagamento para Prêmio e Comissões;
- b) O dia do aviso à Seguradora, para os Sinistros;
- c) A data da última apuração, para os Saldos Negativos anteriores;
- d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

A apuração do resultado far-se-á após o término de vigência da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação.

23. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

23.1 O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

23.1.1. Para manter o equilíbrio técnico do seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora .

23.2 Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas dos seguro, que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução dos seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

23.2.1 A alteração nas condições contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice.

23.3 A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.



24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

25.2 O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

26. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento na presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

27. DO FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

28. CONCEITOS

28.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente 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:

28.1.1 Incluem-se, nesse conceito:

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

28.1.2 Excluem-se desse conceito:

- **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as**

infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 28.1, acima.

28.2 Apólice Mestra

É o documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelo Contrato. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

28.3 Beneficiários

São as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o capital segurado na hipótese de seu falecimento devidamente coberto. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Diária Temporária por Incapacidade Total por Acidente e/ou Doença (DIT), Doenças Graves (DG), Renda por Internação Hospitalar (RIH), Doenças Congênitas de Filhos (DCF) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), bem como no caso de morte de Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

28.4 Capital Segurado

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

28.5 Carência

É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às Coberturas Contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as Coberturas ou algumas delas.

28.6 Carregamento

É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

28.7 Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado Principal, que confirma a aceitação do proponente no Seguro.

28.8 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Seguro, das Condições Gerais, da Apólice e respectivos Aditivos, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

28.9 Condições Gerais

É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante da Proposta de Seguro e da Apólice Mestra.

28.10 Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

28.11 Corretor de Seguros

É o intermediário, indicado pelo Estipulante, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguros. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

28.12 Diária Contratada

Indenização por dia de internação hospitalar, contratada pelo segurado e estipulada na Proposta de Adesão, independente do valor das despesas médicas e hospitalares efetuadas no tratamento.

28.13 Doença Pré-Existente

Doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão.

28.14 Estipulante

É a pessoa que contrata este seguro em proveito dos segurados, ficando investida dos poderes de representação destes perante a SEGURADORA, nos limites da legislação pertinente e das disposições contratuais.

28.15 Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

28.16 Excedente Técnico

Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

28.17 Franquia

É o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da Diária Contratada, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

28.18 Hospital

Significa qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para tratamentos médicos e paramédicos em regime de internação.

28.19 Grupo Segurado

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

28.20 Grupo Segurável

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e no Contrato.

28.21 Indenização

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

28.22 Internação Hospitalar

É o período contado em dias, não inferior a 24 (vinte e quatro) horas, de hospitalização do segurado, comprovado através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança ou de declaração do hospital onde ocorreu a internação.

28.23 Limite de diárias

É a quantidade máxima de diárias que o segurado fará jus, a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais (data do sinistro), por evento, limitado a 365 (trezentos e sessenta) diárias por evento. Cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

28.24 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

28.25 Prêmio

É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

28.26 Proponente

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

28.27 Proposta de Adesão

É o formulário fornecido pela SEGURADORA que, preenchido, assinado e a ela entregue caracteriza a vontade do proponente pertencente ao grupo segurável de ser incluído no seguro.

28.28 Proposta de Seguro

É o documento através do qual a empresa proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e, se houver no Contrato.

Na Proposta de Seguro deverão ser prestadas todas as informações necessárias à correta avaliação pela SEGURADORA dos riscos a serem garantidos ou recusados.

28.29 Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período

28.30 Segurados

São as pessoas físicas, pertencentes ao Grupo Segurado, podendo ser subdivididos em:

28.30.1 Segurados Principais

São os que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídos e aceitos no seguro.

28.30.2 Segurados Dependentes

São o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.

28.30.2.1 São considerados filhos do Segurado Principal, **para fins deste seguro**, os seguintes dependentes econômicos:

- I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- II - filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;
- III - o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- IV - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- V - irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 anos;
- VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

28.31 Seguradora

É a sociedade seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo prêmio garante os riscos previstos no contrato.

28.32 Sinistro

É o acontecimento futuro e incerto, garantido pelo seguro e ocorrido durante sua vigência material, capaz de acarretar obrigações pecuniárias para a SEGURADORA.

28.33 Tratamento Cirúrgico

São aqueles decorrentes de eventos que exijam ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

28.34 Tratamentos Clínicos

São aqueles decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicarem em ato cirúrgico.