

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVOS

PROCESSO SUSEP Nº 005.00089/00

1. CONCEITOS	3
2. OBJETIVO DO SEGURO	5
3. GARANTIAS DO SEGURO	5
4. OUTROS RISCOS COBERTOS	7
5. RISCOS EXCLUÍDOS	7
6. CONTRATAÇÃO	8
7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	8
8. CAPITAL SEGURADO	9
9. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	9
10. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL	9
11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO DO SEGURO E INÍCIO DA VIGÊNCIA	9
12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	10
13. SUSPENSÃO DA COBERTURA DO SEGURO	10
14. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO	10
15. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO	11
16. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	11
17. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	12
18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	12
19. MODIFICAÇÕES DE RISCO	13
20. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO	13
21. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	13
22. DO FORO	13
23. DA DIVULGAÇÃO DO SEGURO	13
24. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	13
25. DISPOSIÇÕES FINAIS	14

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL

1. GARANTIA	15
2. DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	15
3. DISPOSIÇÃO FINAL	15

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE COM OU SEM FRANQUIA

1. CONCEITOS	16
2. OBJETO	16
3. GARANTIA DO SEGURO	16
4. RISCOS EXCLUÍDOS	16
5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO	17
6. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO	17
7. DISPOSIÇÕES FINAIS	17

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE COM OU SEM FRANQUIA REDUZIDA PARA ACIDENTE

1. CONCEITOS	19
2. OBJETO	19
3. GARANTIA DO SEGURO	19
4. RISCOS EXCLUÍDOS	19
5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO	20
6. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO	20
7. DISPOSIÇÕES FINAIS	20
7. APLICAM-SE A ESTA COBERTURA ADICIONAL, NO QUE NÃO CONFLITAREM TODAS AS DEMAIS DISPOSIÇÕES DESTE SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVOS	21

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE RENDA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE

1. GARANTIA	22
2. RISCOS EXCLUÍDOS	22
3. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	22
4. PAGAMENTO DA RENDA	22
5. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA ADICIONAL	23
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	23
7. DISPOSIÇÕES FINAIS	23

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA GARANTIA DE RENDA PERDA DE EMPREGO

1. CONCEITOS	24
2. GARANTIA	24
3. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO	24
4. CONDIÇÃO PARA A CONCESSÃO DA GARANTIA	24
5. CARÊNCIA	24
6. COMPROVAÇÃO DO DESEMPREGO	24
7. PAGAMENTO DA RENDA	24
8. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA	24
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	24
10. DISPOSIÇÕES FINAIS	24

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA DE CESTA BÁSICA

1. GARANTIA	25
2. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	25
3. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA	25
4. BENEFICIÁRIOS	25
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	25
6. AVALIAÇÕES DA TAXA	25
7. DISPOSIÇÃO FINAL	25

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETO	26
2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL	26
3. RISCOS EXCLUÍDOS	26
4. DO REEMBOLSO	26
5. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA	26
6. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	26
7. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA	27
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	27
9. DISPOSIÇÃO FINAL	27

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE

1. OBJETO	28
2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL	28
3. RISCOS EXCLUÍDOS	28
4. DO REEMBOLSO	28
5. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA	28
6. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	28
7. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA	29
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	29
9. DISPOSIÇÃO FINAL	29

1. CONCEITOS

1.1 Acidentes Pessoais

Para fins deste seguro, considera-se "acidente pessoal" o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, 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 torne necessário tratamento médico.

1.1.1 Incluem-se, ainda, no conceito de Acidente Pessoal as lesões decorrentes de:

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

1.1.2 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes não cobertos;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetidos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Lesões Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, os similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização da invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 1.1.1.

1.2 Apólice

É o documento emitido pela Seguradora e assinado pelo seu representante legal, que instrumentaliza a Condições Contratuais e que é integrado por estas Condições Gerais, Especiais e também pelas Cláusulas Suplementares que tiverem sido efetivamente estipuladas, bem como pela especificação detalhada da apólice e eventuais aditivos.

1.3 Beneficiário

É (são) a(s) pessoa(s) que, em decorrência de sinistro coberto, fará (ão) jus ao recebimento do valor do Capital Segurado contratado.

1.4 Capital Segurado

É a importância máxima contratada a ser paga ao segurado ou beneficiário, em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

1.5 Carência

É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

1.6 Certificado Individual

É o documento destinado ao segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

1.7 Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de uma mesma apólice de seguro.

1.8 Condições Particulares

São as condições que particularizam o contrato, indicando as características únicas para cada grupo segurado, bem como aspectos operacionais do seguro.

1.9 Condições Gerais

Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e do Estipulante.

1.10 Corretor de Seguro

É o intermediário legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguros entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas e Direito Privado.

1.11 Doenças e/ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

1.12 Estipulante

É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata a apólice, ficando investida dos poderes de representação dos segurados, perante a Seguradora.

1.13 Evento Coberto

É o acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, descrito nas coberturas e ocorrido durante a vigência do seguro.

1.14 Garantias

São as obrigações que a Seguradora assume perante o segurando quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

1.15 Grupo Segurado

É o grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

1.16 Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas que possuem vínculo devidamente comprovado com o estipulante e que podem aderir a este seguro.

1.17 Indenização

Valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou ao (aos) seu(s) beneficiário(s) quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

1.18 Índice de Aceitação e Manutenção

1.18.1 É a relação entre o número de segurados e o número de participantes do grupo segurável a qual deverá ser obedecida pelo Estipulante para a aceitação e manutenção do seguro.

1.18.2 Os índices de aceitação e manutenção, para cada grupo segurado, serão estipulados pela Seguradora e constarão nas Condições Particulares da apólice.

1.19 Início de Vigência

É a data do recebimento da proposta de contratação, quando esta der entrada **com** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio ou, a data da aceitação da proposta de contratação pela Seguradora, quando esta der entrada **sem** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

1.20 Limite Técnico

É o limite de capital segurado que a Seguradora assumirá, sob sua responsabilidade, em cada Seguro, sendo definido conforme a legislação vigente.

Para efeito de pagamento de sinistro, na hipótese do capital segurado exceder o limite técnico da Seguradora, o Segurado não será penalizado.

1.21 Médico Assistente

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

1.22 Movimento de Faturas

1.22.1 É o documento pelo qual o Estipulante informa à Seguradora as movimentações dos segurados (inclusões e exclusões) e alterações de capitais segurados durante o decorrer do período de vigência.

1.22.2 Tal documento deve ser enviado, obrigatoriamente, sempre que ocorrer uma das situações mencionadas no subitem acima.

1.23 Nota Técnica Atuarial

É o documento, previamente protocolado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

1.24 Plano

É a forma ou critério estabelecido para a constituição do capital Segurado.

1.25 Prêmio

É a importância paga, pelo segurado para garantir o risco contratado desde que coberto.

1.26 Processo SUSEP

É o registro do produto a ser comercializado pela seguradora na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.

1.27 Proponente

É a pessoa que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

1.28 Proposta de Adesão

É o documento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as garantias e Capitais Segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas Condições Gerais. A proposta de adesão, desde que o risco seja aceito pela Seguradora, faz parte integrante do contrato.

1.29 Renda Certa

1.29.1 É a série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) beneficiário(s) ou o próprio segurado, de acordo com a estrutura do plano.

1.29.2 Essa forma de indenização é cabível para as coberturas de Morte ou Invalidez Total por Acidente do Segurado e será feita em no máximo 24 (vinte e quatro) parcelas, distribuídas por um período, determinado antecipadamente pelo segurado na contratação do seguro.

1.30 Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

1.31 Segurado Principal

É a pessoa física, habilitada a ser incluída na apólice de seguro, cujo limite de idade estará previsto nas Condições Particulares e na falta desta, o limite será entre 14 (quatorze) e 70 (setenta) anos, quando do protocolo da proposta de adesão na Seguradora.

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

1.31.2 Para contratação da Garantia Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária será considerado como Segurado a pessoa física com idade entre 18 (dezoito) e 64 (sessenta e quatro) anos, sendo esse o limite de idade para contratação.

1.32 Segurado Dependente

É o cônjuge ou companheiro(a) e os filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, desde que não sejam seguráveis como segurados Principais, quando incluídos no Seguro.

1.33 Seguradora

É a pessoa jurídica legalmente constituída, que emite a apólice e, após recebimento do prêmio assume o risco de pagar o capital segurado ao beneficiário ou ao segurado caso ocorra um dos eventos cobertos e predeterminados pelo seguro.

1.34 Seguro Contributário

O prêmio é pago integralmente pelos Segurados, não havendo a participação do Estipulante como contribuinte destes prêmios.

1.35 Seguro Não Contributário

O prêmio é pago integralmente pelo estipulante, não havendo a participação do segurados como contribuinte dos prêmios.

1.36 Seguro Parcialmente Contributário

Seguro onde o prêmio é pago pelos segurados, porém há uma quota de participação do Estipulante nos percentuais acordados entre as partes.

1.37 Sinistro

É a ocorrência de um evento danoso, que, desde que esteja expressamente previsto no contrato de seguro, observadas suas Condições gerais, particulares e especiais, será pago pela Seguradora, respeitados os limites de cobertura contratados.

1.38 Vigência da Cobertura Individual

É o período em que os Segurados, principal e/ou dependentes, estão cobertos pelas coberturas deste seguro, conforme estabelecido nas Condições Particulares e/ou Certificado do Seguro.

1.39 Vigência do Seguro

É o período estabelecido nas Condições Particulares, no qual a apólice de seguro está em vigor.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital segurado ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às condições contratuais.**

3. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias dividem-se em básicas e adicionais.

3.1 São consideradas garantias básicas:

- Morte Acidental;
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;

3.2 São consideradas garantias adicionais:

- Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas;
- Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas Emergenciais;
- Diária de Incapacidade Temporária por acidente com ou sem Franquia Reduzida
- Diária de Incapacidade Temporária por doença ou acidente com ou sem Franquia Reduzida para Acidente;
- Assistência Funeral;
- Auxílio Funeral;
- Cesta Básica;
- Renda por Afastamento por acidente;
- Perda de emprego;
- Auxílio Funeral por Acidente;
- Assistência Funeral por Acidente.

3.3 Para a efetivação do seguro, deverá haver a contratação de pelo menos uma das coberturas básicas oferecidas.

3.4 Quando da contratação do seguro e durante a vigência da apólice, não poderão ser contratadas simultaneamente pelo mesmo segurado as seguintes coberturas:

- As Coberturas Adicionais de Diárias de Incapacidade Temporária por acidente com ou sem Franquia Reduzida com as Coberturas Adicionais de Diária de Incapacidade Temporária por doença e acidente com ou sem Franquia Reduzida;
- A Cobertura Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária por acidente sem Franquia Reduzida com a Coberturas Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária por acidente com Franquia Reduzida;

c) A coberturas adicional de Diária de Incapacidade Temporária por doença e acidente sem franquia reduzida com a cobertura adicional de Diárias de Incapacidade Temporária por doença e acidente com franquia reduzida.

3.5 Indenização por Morte Acidental

Consiste no pagamento do capital segurado relativo a cobertura básica, de uma só vez, ao(s) beneficiário (s) indicado (s) na proposta de adesão, após a morte do segurado, decorrente de acidente coberto, desde que este tenha ocorrido após o início de vigência e dentro do período de cobertura do seguro.

3.6 Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

3.6.1 É o pagamento do capital segurado pago ao Segurado, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, desde que esteja terminado o tratamento e esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e, constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva.

3.6.2 O pagamento do capital segurado corresponderá aos percentuais descritos na Tabela abaixo, de acordo com grau de invalidez permanente.

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%
PARCIAL DIVERSOS	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

INVALIDEZ	DISCRIMINAÇÃO	%	
PERMANENTE	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	
	PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Anquilose total de um dos punhos	20
		Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
		Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
		Perda total do uso da falange distal do polegar	9
		Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
		Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
		Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
		Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ	DISCRIMINAÇÃO	%	
PERMANENTE	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	
	PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Anquilose total de um dos tornozelos	20
		Anquilose total de um quadril	20
		Perda total de um dos pés, isto é perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
		Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
		Amputação de qualquer outro dedo	3
		Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
		Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
		de 4 (quatro) centímetros	10
		de 3 (três) centímetros	6
		menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

IMPORTANTE

3.6.3 A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional, desde que a invalidez seja parcial.

3.6.4 Não estando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o capital segurado por perda parcial é calculada pela aplicação, à porcentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.6.5 Na falta de indicação da porcentagem de redução e, sendo informado apenas o grau desta redução (máximo, médio

e mínimo), o capital segurado será calculado, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

3.6.5.1 Em todos os casos de Invalidez Parcial, não especificados na tabela, o capital segurado será estabelecido tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

3.6.6 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o capital segurado será calculado somando-se os respectivos percentuais, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado previsto para essa cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder ao capital segurado previsto para sua perda total.

3.6.7 A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do capital segurado, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau da invalidez definitiva o grau da invalidez preexistente devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau da preexistência.

3.6.8 A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito ao capital segurado desta Cobertura.

3.6.9 A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na sua especialização. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou semelhantes, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

3.6.10 Os capitais segurados por Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

3.6.11 Nos casos em que houver o pagamento do capital segurado por Invalidez Permanente Parcial por Acidente e o Segurado vir a falecer em consequência deste mesmo evento, será deduzido do capital segurado a importância já paga pela Invalidez Permanente Parcial por Acidente.

3.7 Capital Segurado por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas

3.7.1 É o pagamento de um capital segurado, mediante reembolso, relativo a cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, limitado ao valor contratado, decorrentes de acidente coberto, efetuadas exclusivamente pelo Segurado para seu tratamento, desde que iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do Segurado, desde que observados os riscos excluídos constantes no subitem 16.7

3.7.2 O Capital Segurado para a cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, corresponderá à porcentagem do capital segurado da cobertura básica contratada, conforme indicado na proposta de contratação.

3.7.3 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que habilitados.

3.7.4 A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

3.7.5 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura contratada, à época da ocorrência do sinistro.

3.7.6 Essa cobertura se extingue com o esgotamento do capital segurado contratado, conforme o disposto no subitem 3.7.2

3.7.7 Para esta cobertura haverá um período ou valor de franquia conforme estabelecido nas Condições Particulares do Seguro, contados a partir da data do evento, por determinação médica, durante o qual o Segurado, não terá direito ao recebimento do capital segurado, observado o subitem 3.7.1.

3.7.8 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

3.7.8.1 Para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente.

3.7.8.2 Para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nas condições gerais e/ou especiais, ressalvado o disposto no item 3.7.8.1

3.8 Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas Emergenciais

3.8.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, consiste no pagamento do capital segurado até o limite contratado, estabelecido nas Condições Particulares para as Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas Emergenciais, se contratada, por meio de reembolso ou prestação de serviço decorrente de acidente coberto, efetuadas exclusivamente pelo Segurado para seu tratamento, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica ou odontológica.

3.8.2 Estão cobertas pelas Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas Emergenciais, as diárias hospitalares, serviços de enfermagem, exames médicos complementares, desde que necessários para o restabelecimento do Segurado.

3.8.3 A prestação de serviços para as Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas Emergenciais será efetuada por empresa terceirizada credenciada junto a esta Seguradora.

3.8.4 Para que a empresa credenciada preste o atendimento necessário em decorrência de acidente pessoal coberto, em que o segurado necessite de tratamento emergencial ou de urgência, será necessário o contato com a Central de Atendimento e informar os seguintes dados:

- a) nome do Segurado e nº da apólice correspondente; e
- b) o local e o número do telefone onde o serviço de assistência poderá encontrar o segurado ou seu representante.

3.8.5 Em caso de reembolso, a comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas emergenciais deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

3.8.5.1 O reembolso das despesas médico-hospitalares e odontológicas emergenciais será limitado de acordo com o estabelecido nas Condições Particulares deste seguro.

3.8.6 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

3.8.7 Para esta cobertura haverá um período ou valor de franquia que estará estabelecido nas Condições Particulares deste Seguro, contados a partir da data do evento, por determinação médica, durante o qual o Segurado, não terá direito ao recebimento do capital segurado.

3.8.8 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

3.8.8.1 Para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente.

3.8.8.2 Para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nas condições gerais e/ou especiais, ressalvado o disposto no item 3.8.8.1

4. OUTROS RISCOS COBERTOS

4.1 Além dos riscos conceituados nos subitens 1.1 e 1.1.1, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) choque elétrico e raio;
- d) contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- e) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e,
- g) queda na água ou afogamento.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão excluídos das coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de terrorismo, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes e de guerra, declarada ou não. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- d) epidemias declaradas ou não;
- e) doação e transplante intervivos; e
- f) suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro ou da sua recondução depois de suspenso.

5.2 Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior, estão expressamente excluídos da cobertura de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos e/ou acidentes decorrentes de:

- a) a hérnia e suas consequências;
- b) o parto ou aborto e suas consequências;

- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- d) os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas - ressalvado o disposto na alínea "c" do subitem 1.1.1 - ou entorpecentes; e
- e) quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto.

5.3 Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos ocorridos em consequência:

- a) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;
- b) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- c) de quaisquer acidentes citados no subitem 4.1, alíneas "a" e "b";
- d) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado provier de meio de transporte mais arriscado. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- e) quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.
- f) do segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

5.4 Em se tratando das coberturas de Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas e Despesas Médicas Hospitalares Odontológicas Emergenciais, além dos riscos excluídos no item acima, não estão abrangidas as coberturas para:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez;

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

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

a.1) Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando seqüelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética.

a.2) Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico, ficando a cargo do juiz no processo o reconhecimento da existência de tal dano bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, devendo ser

sempre caracterizado como uma punição que se direciona especificamente contra o efetivo causador dos danos.

- b) Lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.

- c) Perdas e Danos decorrentes, direta ou indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.

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

6. CONTRATAÇÃO

Considera-se contratado o seguro quando a Proposta de adesão, devidamente preenchida e assinada sob carimbo, pelo Estipulante, for aceita pela Seguradora, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

7.1 Para que haja a aceitação dos proponentes seguráveis por parte da Seguradora, será necessário o preenchimento obrigatório da proposta de adesão, sempre se observando os limites de idade previsto nas Condições Contratuais Particulares e as boas condições de saúde para ingresso.

7.1.1 Os Proponentes que estiverem afastados na época da contratação deste seguro só poderão participar quando do retorno às suas atividades profissionais.

7.1.2 A comprovação do vínculo deverá se dar também no caso da ocorrência do eventual sinistro, no momento do aviso.

7.2 A aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão pela Seguradora. Caso seja solicitado algum documento ou exame complementar esse prazo ficará suspenso voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Seguradora. A solicitação de documentos complementares, para análise de aceitação do risco ou da alteração da proposta de adesão, poderá ser feita apenas uma vez, durante o referido prazo.

7.2.1 A seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.3 A inexistência de manifestação expressa da Seguradora dentro daquele prazo, implicará na aceitação automática do Seguro.

7.4 A aceitação do Proponente no Seguro será caracterizada pela emissão da apólice, em seu nome, com a indicação das Coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao seu Seguro.

7.5 A não aceitação da Proposta de Adesão, será comunicada obrigatoriamente ao Proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do protocolo de recebimento na Seguradora, com a justificativa do motivo da recusa, dispondo todos os valores por ele destinados à Seguradora, devidamente atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

7.5.1 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, a cobertura será garantida até ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido o período coberto, o prêmio pago à Sociedade Seguradora.

7.6 Avaliação da Taxa: A Seguradora efetuará avaliações periódicas da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, conforme definido nas *Condições Particulares*, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice. Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, **desde que comunicada mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice e mediante anuência expressa de segurados que representem no mínimo ¼ (três quartos) do grupo.**

7.6.1 Na aplicação do disposto acima, será necessária a anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, quando esta alteração implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1 A importância máxima a ser paga ao Beneficiário de acordo com o valor estabelecido para a garantia contratada, vigente na data do evento.

8.2 Para efeito de determinação do capital segurado consideram-se como data do sinistro, para a garantia de Morte, a data do falecimento.

8.3 O capital segurado máximo individual para este Seguro estará determinado nas *Condições Particulares* do seguro.

9. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

9.1 O custeio do Seguro pode ser:

- a) Não contributivo, em que os Segurados não pagam prêmio ou;
- b) Contributivo, em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente.

9.2 O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, sendo o único responsável, para com o segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a cobrança e pagamento dos prêmios nos prazos contratuais, das respectivas faturas e Notas de Seguro emitidas pela Seguradora para quitação através da rede bancária.

9.3 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido.

9.3.1 Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado para a cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

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

9.5 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento

manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura que o pagamento se refere.

9.6 Quando a data limite para o pagamento dos prêmios cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º dia útil, posterior ao vencimento, em que houver expediente bancário.

9.7 Fica estipulado, que os Segurados que entrarem em gozo de algum benefício, ou se afastarem de suas atividades profissionais, deverão continuar com o recolhimento do prêmio integral do seguro para a cobertura dos demais riscos contratados.

9.8 A Seguradora delega ao Estipulante a cobrança dos prêmios, ficando este responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas e Notas de Seguro emitidas pela Seguradora para quitação através da rede bancária.

9.9 No caso da cobrança do prêmio se efetuar através de desconto em folha, o Estipulante, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado, **salvo se o seguro não for contributivo, ou seja, quando o Estipulante pagar totalmente o prêmio do Seguro.**

9.10 Na cobrança do prêmio, mediante fatura, a Seguradora providenciará para que cada Estipulante receba sua fatura até 15 (quinze) dias antes da data do vencimento.

9.10.1 O Estipulante que não tiver recebido a nova fatura até 30 (trinta) dias após o vencimento da última fatura, deverá efetuar o pagamento do prêmio mediante depósito na conta indicada na fatura ou por meio de ordem de pagamento tomada na rede bancária, com indicação do número da apólice, em ambas as hipóteses.

9.11 Fica estipulada, que os Segurados que entrarem em gozo ou algum benefício, ou se afastarem de suas atividades profissionais, deverão continuar com o recolhimento do prêmio integral do seguro para a garantia dos demais riscos contratados.

10. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

10.1 A vigência para os segurados que participarem da apólice no mês de sua contratação, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da entrega da Proposta de Adesão, ou em data posterior indicada na mesma, juntamente com o formulário "Movimento de Fatura", **desde que considerado aceito o risco pela Seguradora.**

10.2 Para novas inclusões ou alterações, o início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da entrega do formulário "Movimento de Faturas" ou Proposta de Adesão à Seguradora, desde que aceito por esta, podendo ainda o Estipulante solicitar as inclusões/alterações em data posterior ao protocolo da Seguradora.

10.2.1 Quanto houver pagamento de prêmio, o início de vigência, será a partir de tal pagamento ou a partir de outro dia posterior se solicitado expressamente ou, ainda conforme estabelecido nas *Condições Particulares* do seguro.

11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO DO SEGURO E INÍCIO DA VIGÊNCIA

11.1 A vigência do seguro será de 1 (um) ano, sendo facultada

a contratação por período diferente (dias, meses ou anos), conforme estabelecido nas Condições Particulares do seguro.

11.1.1 A renovação poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei, desde que não haja desistência expressa da Seguradora ou do Estipulante até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.

11.1.2 A partir da segunda renovação, somente poderá ser feita de forma expressa, servindo-se o Estipulante de meio que demonstre sua vontade em renovar o seguro, e desde que tal renovação não implique em ônus ou dever para o segurado ou redução de seus direitos.

11.2 Nos casos de recebimento da proposta de adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 horas do dia da recepção da Proposta de Adesão pela Seguradora, ficando condicionada à compensação, caso o adiantamento de valor ocorra através de cheque.

11.2.1 Nos casos de recebimento da proposta de adesão sem adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 horas do dia da aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora, ou em data posterior, desde que expressamente determinada na Proposta de Adesão.

11.3 Este seguro não poderá ser renovado caso a Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante a SUSEP.

11.4 Caso o valor do capital segurado atinja o Limite Técnico estabelecido pela Seguradora, o seguro poderá não ser renovado.

11.5 Em cada renovação será emitida uma nova apólice pela Seguradora.

11.6 A renovação deste seguro também poderá ficar condicionada a aplicação de um AGRAVO no valor do prêmio do seguro, sendo que este agravo será o percentual necessário de reajuste que deverá incidir sobre a cobertura específica contratada, levando em conta os critérios de reavaliação do risco de cada cobertura.

11.7 Qualquer alteração na apólice, quando da renovação, que ocasione ônus ou dever aos Segurados, dependerá do Estipulante colher a anuência expressa de segurados que representem no mínimo de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

12.1 Os capitais segurados, bem como os prêmios deste Seguro, poderão ser atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

12.2 Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio.

12.3 Caberá ao Estipulante solicitar à Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do capital segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e aceitação do risco.

13. SUSPENSÃO DA COBERTURA DO SEGURO

13.1 Quando o prêmio do seguro não for quitado até a data estabelecida para o pagamento, as coberturas do Seguro serão suspensas, a partir do dia subsequente a que se referir o último prêmio pago.

13.1.1 O segurado e seus beneficiários ficarão sem direito a receber o capital segurado referente a qualquer cobertura contratada no caso de sinistro ocorrido a partir deste período em que não houve quitação do prêmio.

13.2 A(s) coberturas suspensas poderá (ão) ser reabilitada (s), desde que tal pedido seja apresentado antes do prazo estabelecido para cancelamento do seguro, conforme previsto no item 14.1, mediante nova subscrição de proposta de contratação e novo processo de aceitação do risco.

14.1.1 Durante este período, haverá cobertura para eventuais sinistros ocorridos, com a conseqüente cobrança do prêmio em atraso, sem cobrança de juros de mora.

14. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

14.1 Caso, não seja efetuado o pagamento dos prêmios pelo período de 90 (noventa) dias, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

14.1.1 Nos seguros em que a forma de custeio for contributário, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à Cobertura do seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

14.2 Haverá ainda a possibilidade de cancelamento por mútuo consentimento das partes contratantes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

14.2.1 No caso do subitem supra, a Seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

14.3 As coberturas básicas previstas por este seguro se extinguem pela ocorrência da Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente do segurado.

14.4 A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, se extingue com o pagamento do respectivo capital segurado.

14.4.1 O pagamento referente à Invalidez Permanente por Acidente antecipa a cobertura da Indenização de Morte Acidental. Caso sobrevenha a morte por acidente do Segurado, decorrente do mesmo evento, do valor desta indenização será descontada a importância já paga pela Invalidez Permanente por Acidente.

14.5 Extingue-se ainda a cobertura do seguro:

- a) no final do prazo de vigência;
- b) com o esgotamento do capital segurado, ou seja, com o

pagamento integral da indenização;

c) se o segurado dependente passar a fazer parte do grupo de segurados principais;

d) se este não for renovado;

e) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; e

f) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice.

14.5.1 Em qualquer das situações acima se dá automaticamente a extinção do contrato de seguro sem restituição dos prêmios.

14.6 Respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessa ainda:

a) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, e;

b) quanto o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

14.7 Caso se verifique a impossibilidade de manutenção do grupo pela alteração da natureza dos riscos e não havendo acordo entre as partes quanto a reavaliação do prêmio, a apólice será cancelada, mediante aviso prévio de, 60 (sessenta) dias.

14.8 Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual sinistro.

15. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

15.1 Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita através de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do seguro.

15.1.1 Qualquer alteração no contrato de seguro que implique em ônus ou dever para o segurado ou redução de seus direitos, deverá contar com a anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

15.1.2 É de total responsabilidade do Estipulante informar e colher a anuência dos Segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo, sempre que necessário.

16. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

16.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente pelo Segurado ou seus beneficiários, através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou de carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora;

16.2 Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

16.3 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado, seu representante ou seus beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO"

16.4 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

16.5 Em caso de Morte Acidental do Segurado:

a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo Estipulante ou Beneficiário, no campo Informações do Segurado, em caso de acidente;

b) Comprovante de vínculo entre o Estipulante e o Segurado;

c) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;

d) Cópia simples do RG ou outro documento de identificação e CPF do Segurado e do(s) beneficiário(s);

e) Cópia simples e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;

f) Declaração de Únicos Herdeiros (original);

g) Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópia simples da Certidão de Nascimento dos(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de residência;

h) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;

i) Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;

j) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo;

k) Cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso; e,

l) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

16.6 Em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Segurado ou seu representante e médico assistente;

b) Comprovante de vínculo entre o Estipulante e o Segurado;

c) Cópia simples do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;

d) Cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;

e) Documento original do atestado de alta médica definitiva, informando as seqüelas deixadas pelo acidente, discriminando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado;

f) Documentos originais de todos os resultados dos exames médicos realizados;

g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo; e

h) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

i) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso; e

j) Laudo Conclusivo de Exame de corpo de delito elaborado pelo IML;

16.7 Despesas médico-hospitalares e odontológicas ou despesas médico-hospitalares e odontológicas emergenciais

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado ou representante (s) legal (is) e médico assistente;

b) Cópia simples do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;

c) originais de todos comprovantes de despesas médico-hospitalares e odontológicas;

d) originais de todos os resultados dos exames médicos realizados;

e) Cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;

f) boletim de ocorrência policial, se for o caso;

g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;

h) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento;

16.8 Para todas as coberturas contratadas, os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias simples e/ou autenticadas, quando solicitada, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

16.9 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida

pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

16.10 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item 17.9, ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua a contagem será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

16.10.1. A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

16.11 A constatação da Invalidez Permanente conforme definida nos subitem 3.5.1 se fará por declaração médica subscrita por profissional, devidamente habilitado na sua especialização e eventual perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

16.12 Nos casos de divergências sobre Invalidez Permanente por Acidente, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.

16.12.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. 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.

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

16.13 A comprovação das Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas previstas no subitem 3.6.4 e 3.7.4 deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente, discriminando o tratamento realizado e o material utilizado.

16.14 Sob pena de perder o direito à indenização, o Estipulante, Segurado e/ou seus beneficiários comunicará a ocorrência de sinistro à Seguradora, logo que saiba, e tomará as providências imediatas para minorar-lhe as conseqüências.

16.15 Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

17. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

17.1 Para recebimento da indenização, deverá ser plenamente provada a ocorrência do evento coberto, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

17.2 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados,

salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

17.3 As indenizações por morte ou invalidez total por acidente (se contratadas) podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do segurado neste sentido, devendo as partes estabelecer o valor da renda mínima inicial.

17.3.1 O valor da renda será atualizado anualmente, no mês em que ocorreu o evento causador do sinistro, pelo índice de correção estabelecido no subitem 12.1, acumulado nos últimos 12 meses que antecedem o mês de atualização, além da aplicação de juros de até 6% (seis per cento) ao ano.

17.3.2 Além da atualização monetária prevista no subitem acima, ao valor da renda será acrescido o montante resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, e a atualização anual aplicada às rendas.

17.4 Mesmo que o beneficiário indicado pelo Segurado venha a falecer durante o período de recebimento das parcelas do benefício, os pagamentos não se interromperão e serão efetuados, limitados ao saldo residual e ao período indicado inicialmente pelo Segurado, ao cônjuge não separado judicialmente e o restante ao(s) herdeiros do segurado, obedecida a ordem de sucessão hereditária

17.5 Se o pagamento da Indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante nos subitens 16.5 e 16.6, bem como das Condições Especiais das coberturas adicionais contratadas, aplicar-se-á, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, correção monetária pelo índice estabelecido neste contrato, considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, mais juros de mora de 6% ao ano a partir dessa data.

18. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

- a) O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco;
- b) Ficará prejudicado o direito à indenização, além de ser obrigado ao pagamento do prêmio vencido se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizerem declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do prêmio;
- c) No caso de fraude ou tentativa de fraude simulando sinistro ou agravando suas conseqüências;
- d) Inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro; e
- e) No caso de inobservância da cláusula 19 (Modificações de Risco) por parte do Segurado.

18.1 Se a inexistência ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

18.1.1 Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

18.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) Cancelar o seguro, após pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou,
- b) 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.

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

19. MODIFICAÇÕES DE RISCO

19.1 Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos, deverão ser comunicadas à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

19.2 Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:

- a) mudança de profissão do Segurado;
- b) mudança de residência do Segurado para outro país.
- c) prática de esportes (profissional ou amador) tais como: balonismo, asa-delta, vôo-livre, pára-quedismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui-aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas-livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto risco.
- d) uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de quaisquer espécies, bem como o hábito de fumar.

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

19.3.1 Tal comunicação será submetida novamente à análise de aceitação do Risco.

19.3.2. Poderá a Seguradora, dentro dos 15(quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, dar ciência, por escrito, da decisão de cancelar a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

19.3.3 O cancelamento do seguro em razão da situação descrita no subitem acima só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

19.4 A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicarão na perda ao direito da indenização do Seguro, uma vez que o Segurado tem o dever de comunicar à Seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.

20. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

20.1 Cabe exclusivamente ao Segurado nomear ou substituir seus beneficiários, através de documento escrito.

20.2 No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o próprio segurado será o beneficiário.

20.3 Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

20.3.1 O segurador, que não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

20.4 Na falta de beneficiário indicado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

20.4.1 Na falta das pessoas indicadas no subitem acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

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

20.6 O Segurado poderá substituir seus beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito à Seguradora.

20.7 Nenhuma alteração de beneficiários terá validade se não constar na declaração escrita do Segurado.

21. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

21.1 O seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre.

21.2 O disposto no subitem anterior não se aplica a garantia de Cláusula Especial para Diária por Incapacidade Temporária, a qual só se dá direito a eventos ocorridos no Brasil.

22. DO FORO

22.1 As questões judiciais, entre Estipulante, Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Estipulante, do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

22.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no subitem acima.

23. DA DIVULGAÇÃO DO SEGURO

A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições deste seguro.

24. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1 O Estipulante tem como obrigação durante a vigência da apólice:

- a) fornecer para Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) Fornecer ao Segurado sempre que solicitado qualquer informação relativa ao contrato de seguro;
- c) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;
- d) Discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes aos seguros emitidos para o segurado;

- e) comunicar de imediato à Seguradora tão logo tome conhecimento à ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- f) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para liquidação de sinistros;
- g) Entregar aos segurados os certificados individuais;
- h) Comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- i) Fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;
- j) Informar o nome da Seguradora bem como o percentual na participação do risco em caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propagando do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante; e,
- k) O pagamento em dia dos prêmios, o fornecimento da documentação para liquidação de sinistro e informar à Seguradora quando da inclusão e/ou exclusão de segurados, por meio do formulário de "Movimento de Faturas".

24.2 O Estipulante/Segurado declarará, no ato do preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, que tomou conhecimento prévio destas Condições Gerais, estando de pleno acordo com as mesmas.

25. DISPOSIÇÕES FINAIS

25.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

25.2 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.

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

25.4 Não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado.

25.5 O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

25.6 Os tributos decorrentes do presente Contrato de Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL

1. GARANTIA

A presente cláusula adicional tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização que será somada à Garantia Básica (Morte Natural ou Acidental) deste Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, no valor estipulado na proposta de adesão, a título de auxílio para as despesas com funeral **do Segurado Principal**.

2. DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Estando o sinistro coberto, os beneficiários receberão, além da cobertura básica, o valor correspondente a garantia dada por esta cláusula adicional.

3. DISPOSIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições do Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE COM OU SEM FRANQUIA

1. CONCEITOS

1.2 Franquia

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

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

1.2.2 A Franquia é dedutível por evento.

1.3 Limite de Diárias

É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, limitada a **365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, observados os itens 6.8, 6.8.1 e 6.8.2 destas condições especiais.**

1.3.1 O montante de diárias contratadas será descrito nas *Condições Particulares*.

1.4 Atividade Profissional

É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

1.5 Auditoria Médica

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

2. OBJETO

A presente cláusula tem por objetivo a garantia do pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária ao Segurado, que, por motivo de acidente pessoal, ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, por um período superior a 15 (quinze) ou 7 (sete) dias, por determinação médica e comprovado por exames complementares até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Especial.

3. GARANTIA DO SEGURO

3.1 Este seguro garante o pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária ao Segurado que, por motivo de acidente pessoal, ficar afastado de suas atividades profissionais por um período superior a 15 (quinze) ou 7 (sete) dias, por determinação médica e comprovável por exames complementares, até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Especial.

3.2 Esta garantia é assegurada durante o período de cobertura, salvo condições que determinem sua suspensão ou cancelamento, conforme definido nos itens 13 e 14 das Condições Gerais deste seguro de acidentes pessoais.

3.3 O valor da diária contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, sendo esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado

na Proposta de Contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada má-fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de Contratação, o Segurado perderá o direito à indenização com base no Artigo 766 do Código Civil.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos Riscos Excluídos do item 5 das Condições Gerais estão expressamente excluídos da garantia desta Cláusula Especial os afastamentos decorrentes de:

- a) lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);
- b) gravidez e suas conseqüências,
- c) parto e suas conseqüências;
- d) abortos provocados ou não e suas conseqüências;
- e) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- f) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- g) hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;
- h) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- i) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas conseqüências;
- j) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas conseqüências;
- k) hospitalização para check-up;
- l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- m) todas as doenças ou transtornos mentais;
- n) Síndrome do Pânico;
- o) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- p) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os conseqüentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- q) cirurgias para esterilização;
- r) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;
- s) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- t) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- u) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- v) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;
- x) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- y) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- z) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- aa) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

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

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

4.3.1 Caso o Segurado esteja afastado e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Diárias cobertas por este Seguro.

5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro, deverá ser comunicada à Seguradora logo que este tenha conhecimento do Sinistro, conforme artigo 771 do Código Civil.

5.2 Após a comunicação à Seguradora, deverão ser encaminhados cópias autenticadas dos seguintes documentos básicos:

- a) cópia do RG e CPF do Segurado;
- b) relatório médico onde deverá constar a data do sinistro, diagnóstico e tratamento realizado;
- c) todos os exames complementares realizados, com os respectivos laudos médico;
- d) tratando-se de acidente de trabalho, anexar formulário de comprovação de Acidente de Trabalho;
- e) tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, anexar Boletim de Ocorrência.

5.3 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos básicos mencionados no item 5.2, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

5.4 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no item 5.2, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

5.5 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item 8.6 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências. Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora, além da auditoria médica, poderá exigir perícia médica.

5.5.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

6. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

6.1 Com base na comunicação e comprovantes do sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos destas Condições Especiais, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias, conforme abaixo indicado.

6.2 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, tomando-se por base um relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

6.3 Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de regularizado

o sinistro, providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, **a contar do 16º (décimo sexto) ou do 8º (oitavo) dia** da data do afastamento de suas atividades profissionais, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidos no subitem 1.3 destas Condições Especiais.

6.4 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o Segurado tiver direito, de acordo com a incapacidade temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, auditoria médica e, se necessário, exames complementares.

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

6.6 Nos casos de múltiplas lesões, conseqüentes do mesmo sinistro, a Seguradora reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela que determinar o maior período de incapacidade temporária do Segurado de exercer suas atividades profissionais, não havendo acumulação no valor das diárias.

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

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

6.8.1 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias indenizadas em todos eles e a soma desta limitar-se-á ao número de diárias contratadas. Portanto, a soma das diárias indenizadas não poderá exceder as diárias contratadas.

6.8.2 Se o Segurado permanecer afastado das atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice, essa renovação ocorrendo ou não, terá direito somente à quantidade de diárias que faltarem para completar o limite contratado, correspondente a vigência anterior, respeitado o exposto no subitem anterior. Caso o afastamento seja decorrente de novo evento, o Limite de Diárias será o da nova vigência, ou seja, de acordo com o número de diárias contratadas.

6.8.3 Se o evento gerador do sinistro se tratar de acidente, não se aplica a limitação do subitem 6.8.1, visto que haverá reintegração do capital.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1 Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de um outro sinistro. Só será reconhecido pela Seguradora um novo sinistro se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

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

7.2.1 Caso seja apurado algum tipo de fraude, cometida pelo

Segurado, a Seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

7.3 O prêmio correspondente a esta garantia adicional sofrerão reajuste sempre que o segurado passar de uma faixa etária para outra, conforme tabela especificada nas *Condições Particulares*.

8. Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições deste seguro de Acidentes Pessoais Coletivos.

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE COM OU SEM FRANQUIA REDUZIDA PARA ACIDENTE

1. CONCEITOS

1.1 Carência

É o período de 60 (sessenta) dias contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado não terá direito às garantias deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

1.2 Franquia

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

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

1.2.2 A Franquia é dedutível por evento.

1.3 Limite de Diárias

É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, **limitada a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, observados os itens 6.8, 6.8.1 e 6.8.2 destas condições especiais.**

1.3.1 O montante de diárias contratadas será descrito nas *Condições Particulares*.

1.4 Atividade Profissional

É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

1.5 Auditoria Médica

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

3. OBJETO

A presente cláusula tem por objetivo a garantia do pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária ao Segurado, que, por motivo de acidente pessoal, ficar afastado totalmente de qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, por um período superior a 15 (quinze) ou 7 (sete) dias, por determinação médica e comprovado por exames complementares até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Especial.

3. GARANTIA DO SEGURO

3.1 Este seguro garante o pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária ao Segurado que, por motivo de acidente pessoal ou doença ocorrida após o período de carência, ficar afastado de suas atividades profissionais por um período superior a 15 (quinze) ou 7 (sete) dias, por determinação médica e comprovável por exames complementares, até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Especial.

3.2 Esta garantia é assegurada durante o período de cobertura, salvo condições que determinem seu cancelamento, conforme

definido nos itens 13 e 14 das Condições Gerais deste seguro de acidentes pessoais coletivo.

3.3 O valor da diária contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado na Proposta de Contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada má-fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de Contratação, o Segurado perderá o direito à indenização com base no Artigo 766 do Código Civil.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos Riscos Excluídos do item 5 das Condições Gerais estão expressamente excluídos da garantia desta Cláusula Especial os afastamentos decorrentes de:

- a) lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);
- b) gravidez e suas conseqüências;
- c) parto e suas conseqüências;
- d) abortos provocados ou não e suas conseqüências;
- e) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- f) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- g) hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;
- h) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- i) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas conseqüências;
- j) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas conseqüências;
- k) hospitalização para check-up;
- l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- m) todas as doenças ou transtornos mentais;
- n) Síndrome do Pânico;
- o) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- p) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os conseqüentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- q) cirurgias para esterilização;
- r) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;
- s) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- t) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- u) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- v) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;
- x) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- y) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- z) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- aa) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

4.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura

especial qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

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

4.3.1 Caso o Segurado esteja afastado e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Diárias cobertas por este Seguro.

5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro, deverá ser comunicada à Seguradora logo que este tenha conhecimento do Sinistro, conforme artigo 771 do Código Civil.

5.2 Após a comunicação à Seguradora, deverão ser encaminhados cópias autenticadas dos seguintes documentos básicos:

- a) cópia do RG e CPF do Segurado;
- b) relatório médico onde deverá constar a data do sinistro, diagnóstico e tratamento realizado;
- c) todos os exames complementares realizados, com os respectivos laudos médico;
- d) tratando-se de acidente de trabalho, anexar formulário de comprovação de Acidente de Trabalho;
- e) tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, anexar Boletim de Ocorrência.

5.3 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos básicos mencionados no item 5.2, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

5.4 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no item 5.2, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

5.5 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item 8.6 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências. Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora, além da auditoria médica, poderá exigir perícia médica.

5.5.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

6. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

6.1 Com base na comunicação e comprovantes do sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos destas Condições Especiais, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias, conforme abaixo indicado.

6.2 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, tomando-se por base um relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

6.3 Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de regularizado o sinistro, providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, **a contar do 16º (décimo sexto) ou do 8º (oitavo) dia** da data do afastamento de suas atividades profissionais, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidos no subitem 1.3 destas Condições Especiais.

6.4 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o Segurado tiver direito, de acordo com a incapacidade temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, auditoria médica e, se necessário, exames complementares.

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

6.6 Nos casos de múltiplas lesões, conseqüentes do mesmo sinistro, a Seguradora reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela que determinar o maior período de incapacidade temporária do Segurado de exercer suas atividades profissionais, não havendo acumulação no valor das diárias.

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

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

6.8.1 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias indenizadas em todos eles e a soma desta limitar-se-á ao número de diárias contratadas. Portanto, a soma das diárias indenizadas não poderá exceder as diárias contratadas.

6.8.2 Se o Segurado permanecer afastado das atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice, essa renovação ocorrendo ou não, terá direito somente à quantidade de diárias que faltarem para completar o limite contratado, correspondente a vigência anterior, respeitado o exposto no subitem anterior. Caso o afastamento seja decorrente de novo evento, o Limite de Diárias será o da nova vigência, ou seja, de acordo com o número de diárias contratadas.

6.8.3 Se o evento gerador do sinistro se tratar de acidente, não se aplica a limitação do subitem 6.8.1, visto que haverá reintegração do capital.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1 Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de um outro sinistro. Só será reconhecido pela Seguradora um novo sinistro se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica

definitiva do sinistro anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

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

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

7.3 O prêmio correspondente a esta garantia adicional sofrerão reajuste sempre que o segurado passar de uma faixa etária para outra, conforme tabela especificada nas *Condições Particulares*.

8. Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições deste seguro de Acidentes Pessoais Coletivos.

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE RENDA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE

1. GARANTIA

1.1 A presente Cláusula Adicional consiste na garantia de pagamentos, até o limite e rendas contratadas, ao próprio segurado que ficar incapacitado temporariamente de exercer suas atividades profissionais por solicitação médica, em decorrência de acidente pessoal.

1.2 A indenização será concedida em forma de renda mensal, conforme especificado nas Condições Particulares deste seguro e ratificado na Apólice, somente durante o período de incapacidade temporária do segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos Riscos Excluídos do item 5 das Condições Gerais estão expressamente excluídos da garantia desta Cláusula Especial os afastamentos decorrentes de:

- a) lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);
- b) gravidez e suas conseqüências;
- c) parto e suas conseqüências;
- d) abortos provocados ou não e suas conseqüências;
- e) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- f) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- g) hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;
- h) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- i) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas conseqüências;
- j) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas conseqüências;
- k) hospitalização para check-up;
- l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- m) todas as doenças ou transtornos mentais;
- n) Síndrome do Pânico;
- o) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- p) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os conseqüentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- q) cirurgias para esterilização;
- r) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;
- s) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- t) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- u) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- v) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrite;
- x) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- y) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- z) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- aa) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

2.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta cláusula adicional qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

3. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORARIA

3.1 A ocorrência do sinistro deverá ser comunicada à Seguradora pelo Segurado, ou através de seu representante, logo que este tenha conhecimento do sinistro, conforme o Código Civil, mediante o formulário "Aviso de Sinistro";

3.2 Após comunicação à Seguradora, deverão ser encaminhadas cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) cópia do RG e CPF do Segurado;
- b) relatório médico onde deverá constar a data do sinistro, diagnóstico e tratamento realizado;
- c) todos os Exames Complementares realizados, com os respectivos laudos médico;
- d) tratando-se de acidente de trabalho, anexar formulário de comprovação de Acidente de Trabalho; e
- e) tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, anexar Boletim de Ocorrência.

3.3 Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora, além da auditoria médica, poderá exigir perícia médica.

3.4 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos mencionados no subitem 3.2 correrão por conta do Segurado ou seu representante.

3.5 O prazo máximo, após a entrega da documentação mínima exigida pela Seguradora no subitem 3.2, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

3.6 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

3.6.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do segurado ou do(s) beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

4. PAGAMENTO DA RENDA

4.1 Estando o sinistro coberto, o pagamento da primeira renda será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega à seguradora da documentação completa acima relacionada e, os demais pagamentos, se prevalecer a condição de incapacidade temporária, a cada 30 (trinta) dias do último pagamento, observado o número de rendas contratadas, conforme Condições Particulares do seguro.

4.2 O pagamento de cada renda estará condicionado ao período em meses que o Segurado permanecer na condição de incapacidade temporária, cessando com o esgotamento do capital segurado

contratado ou quando o segurado voltar a exercer qualquer forma de trabalho remunerado, o que ocorrer primeiro.

4.3 O valor da renda contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a renda contratada for superior à renda mensal comprovada do Segurado, o pagamento da indenização será realizado proporcionalmente à renda comprovada, não cabendo a devolução do prêmio recolhido pela Seguradora.

5. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

5.1 A garantia dada por esta cláusula adicional cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cobertura adicional;
- c) com a ocorrência de circunstâncias que determinem a inexistência ou suspensão da cobertura desta cláusula adicional, como a não comprovação do acidente pessoal;
- d) com a ocorrência da morte do segurado ou da invalidez permanente total por acidente, se contratadas;
- e) se o segurado não mantiver residência e/ou domicílio no Brasil.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A cobertura desta cláusula adicional é válida em todo o território nacional brasileiro enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1 A indenização garantida por esta cláusula adicional não se acumula com outras garantias asseguradas pela apólice a que a presente se refere.

7.2 **Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA GARANTIA DE RENDA PERDA DE EMPREGO

1. CONCEITO

Para os fins desta Cláusula Adicional, "desemprego" é a rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do empregador, desde que não motivado por justa causa conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho vigente no país.

2. GARANTIA

A presente cláusula adicional tem por objetivo garantir, ao próprio Segurado ou ao Estipulante, neste último caso, somente quando o seguro tiver por causa declarada a garantia de alguma obrigação, o pagamento do número de rendas contratadas, de valor correspondente à importância indicada na respectiva proposta de adesão, quando da ocorrência do desemprego do Segurado, dentro dos limites contratados, devendo tal importância ser limitada ao valor nominal do rendimento que o segurado auferia quando empregado.

3. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO

3.1 Esta cláusula adicional destina-se exclusivamente a profissionais com vínculo empregatício.

3.2 Não estão cobertos os autônomos, empresários e demais considerados profissionais liberais, não cabendo, portanto a cobrança do prêmio respectivo.

4. CONDIÇÃO PARA A CONCESSÃO DA GARANTIA

A concessão desta garantia estará condicionada à comprovação de vínculo empregatício ininterrupto nos últimos 12 (doze) meses.

5. CARÊNCIA

Haverá uma carência inicial de 3 (três) meses, a contar da data da contratação desta cláusula adicional, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção desta garantia.

6. COMPROVAÇÃO DO DESEMPREGO

6.1 No aviso à Seguradora e durante o pagamento de cada parcela, o desemprego é comprovado mediante apresentação da Carteira Profissional juntamente com atestado da empresa informando o motivo da demissão.

6.2 Os documentos necessários são:

- a) cópias autenticadas do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado; e
- b) Original da carteira ou contrato de trabalho do Segurado, constando a rescisão contratual.

7. PAGAMENTO DA RENDA

7.1 Estando o sinistro coberto, o pagamento da primeira parcela será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega à Seguradora, da documentação mencionada no item acima, sendo devidos os demais pagamentos, se prevalecer a condição de desemprego.

7.2 Na data do recebimento de cada parcela, cabe ao Segurado apresentar documentação probatória da situação de desemprego para fazer jus ao recebimento da próxima, até o limite das rendas contratadas.

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

8. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA
A garantia dada por esta cláusula Adicional cessará ainda:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta Cláusula Adicional;
- c) com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura desta cláusula adicional, como a não comprovação do vínculo empregatício, no caso dos autônomos, empresários e demais considerados profissionais liberais;
- d) com a ocorrência da Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente, se contratadas;
- e) com a utilização integral, pelo Segurado, da quantidade de termos de renda contratados, constante da apólice, garantidas por esta cláusula adicional;
- f) quando o Segurado conseguir novo vínculo empregatício; e,
- g) com o esgotamento do capital segurado.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A cobertura desta Cláusula Adicional é válida enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 A indenização devida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras garantias asseguradas pela apólice a que se refere a presente.

10.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições deste Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA DE CESTA BÁSICA

1. GARANTIA

1.1 A presente Garantia adicional tem por objetivo garantir, no caso de Morte Natural ou Acidental do Segurado principal, desde que coberta pela Garantia básica deste plano de Seguro e mediante o pagamento de prêmio adicional, o direito ao recebimento de cesta(s) básica(s) a ser concedida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão.

1.2 O pagamento da indenização será feito em reais, em moeda corrente no país.

1.3 O índice de atualização utilizado para reajuste do valor da(s) cesta(s) básica(s) será(ao) o constante no subitem 12.1 das Condições Gerais da Garantia básica.

1.4 Esta Garantia adicional não é extensiva à cobertura por Invalidez por Acidente.

2. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

2.1 A cobertura desta Garantia adicional é válida em todo Globo terrestre.

3. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA

A garantia dada por esta Garantia adicional cessará:

- a) com o cancelamento da apólice ou exclusão do segurado principal;**
- b) com o cancelamento desta Garantia adicional;**
- c) com a utilização integral, pelo beneficiário, da(s) cesta(s) básica(s) garantidas por esta Garantia adicional.**

4. BENEFICIÁRIOS

4.1 O(s) beneficiário(s), será(ão) aquele(s) designado(s) na Proposta de Contratação.

4.2 Havendo mais de um beneficiário designado, a(s) cesta(s) básica(s) será(ão) cedida(s), para aquele que deter a maior participação no valor do seguro deixado pelo segurado. Caso os percentuais destinados aos beneficiários sejam distribuídos de forma igualitária, o valor referente a cesta básica será dividido em partes iguais.

4.3 A quantidade de meses na qual o(s) beneficiário(s) terá(o) direito ao recebimento da(s) Cesta(s) Básica(s), bem como a importância segurada designada para esta Garantia adicional, serão previamente estabelecidas nas Condições Particulares do Seguro.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro, deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus beneficiários, através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

5.2 Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão constar data, hora, local e causa do sinistro.

5.3 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado, seu representante ou seus beneficiários da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO".

5.4 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado dos documentos abaixo relacionados:

- a) comprovante oficial de vínculo entre o estipulante e o segurado;
- b) aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo Estipulante ou reclamante;
- c) cópia autenticada da Certidão de óbito;
- d) cópia simples do CPF e RG do falecido;
- e) cópia simples da Certidão de Casamento com data atualizada, ou seja, extraída após o óbito (no caso de esposa(o));
- f) declaração de união estável registrada em Cartório, informando que viveu com o falecido até a data do óbito (no caso de companheira(o));
- g) cópia simples do CPF, RG e comprovante de residência do "beneficiário"; e
- h) autorização para eventual crédito em conta corrente em nome do beneficiário.

6. AVALIAÇÕES DA TAXA

6.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais da taxa utilizada para o cálculo do prêmio desta Garantia adicional, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice.

6.2 Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, desde que comunicada mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice e mediante anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo

7. DISPOSIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta Cláusula Especial, no que não conflitarem, todas as demais disposições deste contrato de seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETO

1.1 Pela presente garantia adicional, a Seguradora obriga-se a garantir o reembolso de despesas com funeral aos Beneficiários, ou prestação de serviços de assistência funeral, na hipótese de ocorrência de morte do Segurado, conforme previsto nestas condições, desde que não esteja abrangida pela Cláusula 4 - Dos Riscos Excluídos e respeitadas as demais condições contratuais.

1.2 O serviço de assistência Funeral será concedido:

- a) no Plano Individual: a todos os segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) no Plano Familiar: a todos os segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os **filhos menores de 18 anos** e dependentes legais.

2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1 Esta garantia prevê a cobertura de morte do Segurados e/ou Familiares (se contratado Plano Familiar), sendo caracterizado pelo reembolso de despesas com funeral **ou** prestação de serviços de assistência funeral, a critério do(s) Beneficiário(s), até o limite estabelecido na apólice e constante no certificado.

2.2 O beneficiário poderá optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, sem qualquer direito a reembolso posterior.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- a) **Inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremotos, movimentos sísmicos;**
- b) **Ocorrências de irradiação decorrentes de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;**
- c) **Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações de ordem pública, exceto se o falecimento provier utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes, de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) **Suicídio do Segurado cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro,;**
- e) **Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município onde a cremação possa ser efetuada;**
- f) **Aquisição de jazigo;**
- g) **A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;**
- h) **Doenças preexistentes à contratação do Seguro que já eram de conhecimento do segurado e que não foram declaradas na Proposta de Adesão;**
- i) **do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes; e,**
- j) **Eventos decorrentes de Ato ilícito Doloso praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.**

4. DO REEMBOLSO

4.1 Em caso de falecimento do Segurado, o pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral; e
- b) Cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador.

4.2 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor especificado nas *Condições Particulares* do seguro.

5. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

5.1 Caso a opção dos familiares não seja pelo reembolso, mas sim pela utilização do serviço que a empresa credenciada Inter Partner Assitance S/C Ltda. presta, estes poderão telefonar a cobrar para a Central de Atendimento do Serviço de Assistência, fornecendo os seguintes dados:

- a) nome do Segurado e nº da apólice correspondente;
- b) o local e o número do telefone onde o Serviço de Assistência poderá encontrar os familiares/ representantes do Segurado; e
- c) os documentos necessários para comprovar a vínculo empregatício ou familiar.

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

5.3 Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar que este possa prestar os serviços mencionados nesta Condição Especial, inclusive se houver necessidade, através do envio ao Serviço de Assistência de documentos originais, às custas da mesma, para o cumprimento das formalidades necessárias.

6. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

6.1 Assessoria para as Formalidades Administrativas

O Serviço de Assistência dirigirá-se à residência/hospital do óbito, para providenciar todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município. Encaminhará até a funerária do Município os documentos necessários para o sepultamento, tomando as medidas devidas para a realização do funeral, entregando então à família toda a documentação respectiva, posicionando-a das providências tomadas. Será solicitado o acompanhamento de um membro da família, caso o Serviço de Assistência julgue necessário.

6.2 Carro Funerário

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

6.3 Coroa de Flores

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres redigida pela família.

6.4 Locação de Jazigo

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

6.5 Mesa de Condolências

O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

6.6 Ornamentação de Uma

O Serviço de Assistência colocará a disposição da família, flores

da época para o interior da urna, bem como vestirá o corpo se assim a família desejar.

6.7 Paramentos

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

6.8 Passagem para um Parente

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

6.9 Preparação do Corpo

O Serviço de Assistência fará a preparação do corpo, se assim a família desejar, que inclui: banho, barba, vestimenta, tamponamento, desodorização, tanatopraxia (aplicação de formol).

6.10 Registro de Óbito

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

6.11 Sepultamento ou Cremação

O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente.

6.11.1 O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo quando do sepultamento.

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

6.12 Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo

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

6.13 Uma/Caixão

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

6.14 Velório

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

6.15 Todas as taxas envolvidas na prestação do Serviço estarão cobertas, desde que devidamente comprovadas, respeitando o limite da importância segurada estabelecida na apólice para esta cobertura.

7. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

7.1 Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:

a) os Serviços de Assistência acima expostos não poderão ser prestados enquanto não houver cooperação por parte dos familiares do Segurado ou outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento (dados imprescindíveis ao atendimento, como o nome, endereço, nº da apólice e outros que vierem a se tornar necessários).

b) Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem para um membro da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento/cremação até o limite estabelecido na apólice e constante no Certificado, mediante entrega dos comprovantes originais das despesas respectivas.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. DISPOSIÇÃO FINAL

9.1 O pagamento deste benefício não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

9.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE

1. OBJETO

1.1 Pela presente garantia adicional, a Seguradora obriga-se a garantir o reembolso de despesas com funeral aos Beneficiários, ou prestação de serviços de assistência funeral, na hipótese de ocorrência de morte do Segurado, conforme previsto nestas condições, desde que não esteja abrangida pela Cláusula 3 - Dos Riscos Excluídos e respeitadas as demais condições contratuais.

1.2 O serviço de assistência Funeral será concedido:

- a) no Plano Individual: a todos os segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) no Plano Familiar: a todos os segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os **filhos menores de 18 anos** e dependentes legais.

2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1 Esta garantia prevê a cobertura de morte acidental do Segurados e/ou Familiares (se contratado Plano Familiar), sendo caracterizado pelo reembolso de despesas com funeral ou prestação de serviços de assistência funeral, a critério do(s) Beneficiário(s), até o limite estabelecido na apólice e constante no certificado.

2.2 O beneficiário poderá optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, sem qualquer direito a reembolso posterior.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- a) **Inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremotos, movimentos sísmicos;**
- b) **Ocorrências de irradiação decorrentes de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;**
- c) **Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações de ordem pública, exceto se o falecimento provier utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes, de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) **Suicídio do Segurado cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro,;**
- e) **Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município onde a cremação possa ser efetuada;**
- f) **Aquisição de jazigo;**
- g) **A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;**
- h) **Doenças preexistentes à contratação do Seguro que já eram de conhecimento do segurado e que não foram declaradas na Proposta de Adesão;**
- i) **do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes; e,**
- j) **Eventos decorrentes de Ato ilícito Doloso praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.**

4. DO REEMBOLSO

4.1 Em caso de falecimento do Segurado por acidente, o pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral; e
- b) Cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador.

4.2 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor especificado nas *Condições Particulares* do seguro.

5. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

5.1 Caso a opção dos familiares não seja pelo reembolso, mas sim pela utilização do serviço que a empresa credenciada Inter Partner Assitance S/C Ltda. presta, estes poderão telefonar a cobrar para a Central de Atendimento do Serviço de Assistência, fornecendo os seguintes dados:

- a) nome do Segurado e nº da apólice correspondente;
- b) o local e o número do telefone onde o Serviço de Assistência poderá encontrar os familiares/ representantes do Segurado; e
- c) os documentos necessários para comprovar a vínculo empregatício ou familiar.

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

5.3 Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar que este possa prestar os serviços mencionados nesta Condição Especial, inclusive se houver necessidade, através do envio ao Serviço de Assistência de documentos originais, às custas da mesma, para o cumprimento das formalidades necessárias.

6. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

6.1 Assessoria para as Formalidades Administrativas

O Serviço de Assistência dirigirá-se à residência/hospital do óbito, para providenciar todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município. Encaminhará até a funerária do Município os documentos necessários para o sepultamento, tomando as medidas devidas para a realização do funeral, entregando então à família toda a documentação respectiva, posicionando-a das providências tomadas. Será solicitado o acompanhamento de um membro da família, caso o Serviço de Assistência julgue necessário.

6.2 Carro Funerário

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

6.3 Coroa de Flores

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres redigida pela família.

6.4 Locação de Jazigo

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

6.5 Mesa de Condolências

O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

6.6 Ornamentação de Urna

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

6.7 Paramentos

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

6.8 Passagem para um Parente

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

6.9 Preparação do Corpo

O Serviço de Assistência fará a preparação do corpo, se assim a família desejar, que inclui: banho, barba, vestimenta, tamponamento, desodorização, tanatopraxia (aplicação de formol).

6.10 Registro de Óbito

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

6.11 Sepultamento ou Cremação

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

6.11.1 O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo quando do sepultamento.

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

6.12 Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo

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

6.13 Urna/Caixão

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

6.14 Velório

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

6.15 Todas as taxas envolvidas na prestação do Serviço estarão cobertas, desde que devidamente comprovadas, respeitando o limite da importância segurada estabelecida na apólice para esta cobertura.

7. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

7.1 Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:

a) os Serviços de Assistência acima expostos não poderão ser prestados enquanto não houver cooperação por parte dos familiares do Segurado ou outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento (dados imprescindíveis ao atendimento, como o nome, endereço, nº da apólice e outros que vierem a se tornar necessários).

b) Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem para um membro da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento/cremação até o limite estabelecido na apólice e constante no Certificado, mediante entrega dos comprovantes originais das despesas respectivas.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

9. DISPOSIÇÃO FINAL

9.1 O pagamento deste benefício não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

9.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.