

Caro(a) cliente,

Com o **Porto Seguro Capital Global**, que oferece diversas coberturas para maior comodidade e segurança de seus colaboradores e suas famílias, você pensa no futuro de seus funcionários e eles investem no presente da sua empresa.

Os seguros de pessoas empresariais da Porto Seguro garantem aos empresários, funcionários e seus familiares, proteção contra dificuldades financeiras que possam surgir em consequência dos imprevistos da vida.

Neste material, você encontra as condições de cada cobertura e cláusula oferecida pelo seguro, além de informações a respeito de seus direitos e obrigações relacionados ao contrato estabelecido.

Para saber quais coberturas e cláusulas das Condições Gerais do Seguro de Pessoas Capital Global se aplicam ao seu contrato, verifique a sua apólice.

É importante que todos os segurados tenham expresso conhecimento das condições de contratação deste seguro, evitando dúvidas quanto a sua utilização.

Em caso de dúvidas ou informações, fale com seu Corretor ou entre em contato com a nossa Central de Atendimento.

Visite a nossa página na internet: [www.portoseguro.com.br/vida](http://www.portoseguro.com.br/vida).

Conte sempre conosco.

Atenciosamente,

**Porto Seguro Vida e Acidentes Pessoais**

**CONDIÇÕES GERAIS PARA SEGURO DE PESSOAS COLETIVO**

1. OBJETIVO DO SEGURO .....	16
2. DEFINIÇÕES .....	16
3. COBERTURAS DO SEGURO .....	19
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	20
5. CONTRATAÇÃO.....	22
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO .....	22
7. INCLUSÃO DE SEGURADOS .....	22
8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO .....	23
9. VIGÊNCIA DAS COBERTURAS INDIVIDUAIS .....	24
10.CAPITAL SEGURADO.....	24
11.BENEFICIÁRIOS .....	25
12.CUSTEIO DO SEGURO .....	25
13.PAGAMENTO DE PRÊMIO .....	25
14.REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS .....	27
16.CANCELAMENTO DO SEGURO .....	28
17.CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	28
18.PERDA DE DIREITOS.....	29
19.LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	30
20.ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO.....	31
21.REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES .....	32
22.MATERIAL DE DIVULGAÇÃO .....	32
23.OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE .....	32
24.EXCEDENTE TÉCNICO .....	33
25.FORO.....	33
26.DISPOSIÇÕES FINAIS .....	33

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	34
2. DEFINIÇÕES .....	34
3. RISCOS COBERTOS .....	34
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	34
5. CAPITAL SEGURADO.....	34
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	34
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	34
8. BENEFICIÁRIOS .....	36
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	36

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	37
2. DEFINIÇÕES .....	37
3. RISCOS COBERTOS .....	37
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	37
5. CAPITAL SEGURADO.....	37
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	37
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	37
8. BENEFICIÁRIOS .....	39
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	39

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE  
(IPA)**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	40
2. DEFINIÇÕES .....	40
3. RISCOS COBERTOS .....	41
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	46

5. CAPITAL SEGURADO.....	46
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	46
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	47
8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO .....	47
9. JUNTA MÉDICA.....	47
10.DISPOSIÇÕES GERAIS.....	47

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO DE MEMBROS (IPAM)**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	48
2. DEFINIÇÕES .....	48
3. RISCOS COBERTOS .....	49
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	53
5. CAPITAL SEGURADO.....	53
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	53
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	53
8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO .....	54
9. JUNTA MÉDICA.....	54
10.DISPOSIÇÕES GERAIS.....	54

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	55
2. DEFINIÇÕES .....	55
3. RISCOS COBERTOS .....	56
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	56
5. CAPITAL SEGURADO.....	57
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	57
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	57

8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO .....	57
9. JUNTA MÉDICA.....	58
10.DISPOSIÇÕES GERAIS.....	58

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	59
2. DEFINIÇÕES .....	59
3. RISCOS COBERTOS .....	59
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	60
5. CAPITAL SEGURADO.....	60
6. CARÊNCIA .....	60
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	60
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	60
9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO .....	61
10.JUNTA MÉDICA.....	61
11.DISPOSIÇÕES GERAIS.....	61

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	62
2. DEFINIÇÕES .....	62
3. RISCOS COBERTOS .....	63
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	64
5. CAPITAL SEGURADO.....	65
6. CARÊNCIA .....	65
7 CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	65
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	65
9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO .....	66

10. JUNTA MÉDICA.....	66
11. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	66
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS.....	67
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE .....	68

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILPD)**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	69
2. DEFINIÇÕES .....	69
3. RISCOS COBERTOS .....	69
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	69
5. CAPITAL SEGURADO.....	69
6. CARÊNCIA .....	70
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	70
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	70
9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO .....	71
10. JUNTA MÉDICA.....	71
11. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	71

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE NATURAL OU ACIDENTAL**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	72
2. DEFINIÇÕES .....	72
3. RISCOS COBERTOS .....	72
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	73
5. CAPITAL SEGURADO.....	73
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	74
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	74
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	74

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	75
2. DEFINIÇÕES.....	75
3. RISCOS COBERTOS.....	75
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	76
5. CAPITAL SEGURADO.....	76
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	77
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	77
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	77

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL AO ESTIPULANTE**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	78
2. DEFINIÇÕES.....	78
3. RISCOS COBERTOS.....	78
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	78
5. CAPITAL SEGURADO.....	78
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	78
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	79

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	80
2. DEFINIÇÕES.....	80
3. RISCOS COBERTOS.....	80
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	80
5. CAPITAL SEGURADO.....	80
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	80
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	81

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	82
2. DEFINIÇÕES.....	82
3. RISCOS COBERTOS.....	82
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	82
5. CAPITAL SEGURADO.....	82
6. FRANQUIA.....	82
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	82
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	83

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE NATURAL OU ACIDENTAL**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	84
2. DEFINIÇÕES.....	84
3. RISCOS COBERTOS.....	84
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	84
5. CAPITAL SEGURADO.....	84
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	84
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	84
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	85

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	86
2. DEFINIÇÕES.....	86
3. RISCOS COBERTOS.....	86
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	86
5. CAPITAL SEGURADO.....	86
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	86
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	86



8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	87
----------------------------	----

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT)**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	88
2. DEFINIÇÕES.....	88
3. RISCOS COBERTOS.....	88
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	88
5. CAPITAL SEGURADO.....	90
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	90
7. FRANQUIA.....	90
8. LIMITE DE DIÁRIAS.....	90
9. CARÊNCIA.....	91
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	91
11. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	92
12. JUNTA MÉDICA.....	92
13. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	92

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (DIT-ACIDENTE)**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	93
2. DEFINIÇÕES.....	93
3. RISCOS COBERTOS.....	93
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	93
5. CAPITAL SEGURADO.....	95
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	95
7. FRANQUIA.....	95
8. LIMITE DE DIÁRIAS.....	95
9. CARÊNCIA.....	95

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	96
11. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO .....	97
12. JUNTA MÉDICA.....	97
13. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	97

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	98
2. DEFINIÇÕES .....	98
3. RISCOS COBERTOS .....	98
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	98
5. CAPITAL SEGURADO.....	100
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO .....	100
7. FRANQUIA .....	100
8. CARÊNCIA .....	100
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	100
10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO .....	102
11. JUNTA MÉDICA.....	102
12. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	102

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (RIT-ACIDENTE)**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	103
2. DEFINIÇÕES .....	103
3. RISCOS COBERTOS .....	103
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	103
5. CAPITAL SEGURADO.....	105
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO .....	105
7. FRANQUIA .....	105

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	105
9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO .....	107
10. JUNTA MÉDICA.....	107
11. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	107

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE EMPREGO**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	108
2. DEFINIÇÕES .....	108
3. RISCOS COBERTOS .....	108
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	108
5. CAPITAL SEGURADO.....	108
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	108
7. CARÊNCIA .....	109
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	109

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	110
2. DEFINIÇÕES .....	110
3. RISCOS COBERTOS .....	110
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	110
5. CAPITAL SEGURADO.....	110
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	111
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	111

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DCF)**

1. RISCOS COBERTOS .....	112
2. DEFINIÇÕES .....	112
3. RISCOS COBERTOS .....	112

4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	112
5. CAPITAL SEGURADO.....	112
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	112
7. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO .....	113
8. JUNTA MÉDICA.....	113
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	113

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	114
2. DEFINIÇÕES .....	114
3. RISCOS COBERTOS .....	114
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	114
5. CAPITAL SEGURADO.....	115
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO .....	115
7. FRANQUIA .....	115
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	115
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	116

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (DIH-UTI)**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	117
2. DEFINIÇÕES .....	117
3. RISCOS COBERTOS .....	117
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	117
5. CAPITAL SEGURADO.....	118
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO .....	118
7. FRANQUIA .....	118
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	118

9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	119
----------------------------	-----

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS - MORTE**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	120
2. DEFINIÇÕES.....	120
3. RISCOS COBERTOS.....	120
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	120
5. CAPITAL SEGURADO.....	120
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	120
7. BENEFICIÁRIOS.....	120
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	120

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS – MORTE POR ACIDENTE**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	121
2. DEFINIÇÕES.....	121
3. RISCOS COBERTOS.....	121
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	121
5. CAPITAL SEGURADO.....	121
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	121
7. BENEFICIÁRIOS.....	121
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	121

### **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	122
2. DEFINIÇÕES.....	122
3. RISCOS COBERTOS.....	122
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	122
5. CAPITAL SEGURADO.....	122

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	122
7. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	123
CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CONJUGE (IC)	
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	124
2. DEFINIÇÕES.....	124
3. GARANTIAS DO SEGURO.....	124
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	124
5. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO.....	124
6. VIGÊNCIA.....	124
7. CAPITAL SEGURADO.....	124
8. BENEFICIÁRIOS.....	125
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	125
10.DISPOSIÇÕES GERAIS.....	125

#### CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	126
2. DEFINIÇÕES.....	126
3. GARANTIAS DO SEGURO.....	126
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	126
5. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO.....	126
6. VIGÊNCIA E TÉRMINO DO RISCO INDIVIDUAL.....	126
7. CAPITAL SEGURADO.....	126
8. BENEFICIÁRIOS.....	127
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	127
10.DISPOSIÇÕES GERAIS.....	127

## CLAUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. OBJETIVO .....	128
2. DEFINIÇÕES .....	128
3. CRITÉRIOS PARA A DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO .....	128
4. APURAÇÃO DO RESULTADO .....	128
5. DISPOSIÇÕES GERAIS .....	129

**1. OBJETIVO DO SEGURO**

- 1.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos, de acordo com as coberturas contratadas pelo estipulante, dentro do período de cobertura do seguro, **desde que respeitadas as Condições Gerais, Especiais, e as demais condições contratuais que fazem parte deste seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos previstos na cláusula 4. Riscos Excluídos.**

**2. DEFINIÇÕES**

Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

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

- 2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

- 2.1.2 **Excluem-se desse conceito:**

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, acidente vascular cerebral (AVC), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1.**

- 2.2 **Agravamento do Risco:** circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do Risco assumido pela Seguradora.

- 2.3 **Âmbito Geográfico:** termo que determina o território de abrangência de uma determinada Cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a Cobertura é válida.

- 2.4 **Apólice:** Documento que formaliza o Contrato de Seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando as garantias contratadas.



- 2.5 **Atividade Profissional:** é a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência mediante remuneração.
- 2.6 **Atividade Laborativa Principal:** aquela através da qual o segurado obteve a maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.
- 2.7 **Ato Ilícito:** Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.
- 2.8 **Auditoria Médica:** É a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado se submete para fins de comprovação do Sinistro.
- 2.9 **Aviso de Sinistro:** Comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.
- 2.10 **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada que terá direito ao recebimento do valor do capital segurado contratado, em decorrência de sinistro coberto.
- 2.11 **Cancelamento:** Ato pelo qual a Apólice será cancelada antes da data prevista para término de sua vigência.
- 2.12 **Capital Segurado Global:** é o valor determinado pelo Estipulante para vigorar durante a vigência do seguro, destinado a garantir os valores das coberturas contratadas para todo o grupo segurado.
- 2.13 **Capital Segurado Individual:** é o valor apurado na data de ocorrência de evento coberto, resultante da divisão entre o Capital Segurado Global e a quantidade de segurados existentes nessa mesma data, sendo, portanto, o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora.
- 2.14 **Carência:** é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) Cláusula(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento de prêmio. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as Cláusulas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência.
- 2.15 **Coberturas do Seguro:** são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.
- 2.16 **Comoriência:** será configurada quando dois ou mais indivíduos falecerem na mesma ocasião, não se podendo averiguar qual deles morreu primeiro. Neste caso, presumir-se-á simultaneamente o falecimento.
- 2.17 **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação do seguro, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato e da Declaração Pessoal de Saúde e Atividade.
- 2.18 **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.19 **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou Coberturas contratuais de um plano de seguro, que estabelecem obrigações e direitos das partes contratantes.
- 2.20 **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, entre as quais as particularidades operacionais, e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários, de forma complementar às condições gerais e às condições especiais.
- 2.21 **Corretor de Seguros:** é o profissional escolhido diretamente pelo estipulante, intermediador, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.
- 2.22 **Curador:** Pessoa encarregada judicialmente de administrar ou fiscalizar bens ou interesses de outra pessoa.
- 2.23 **Doença Profissional:** são as doenças constantes da lista das doenças profissionais instituída pelo Ministério da Saúde e que sejam ocasionadas, necessária e diretamente, pelo exercício da atividade profissional do Segurado.
- 2.24 **Dolo:** má-fé, qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro.
- 2.25 **Endosso:** documento, emitido pela seguradora, pelo qual se formaliza qualquer alteração na apólice.
- 2.26 **Estipulante:** pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que propõe a contratação de plano coletivo em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule, ficando investida de poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e regulação em vigor.

- 2.27 **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, ocorrido durante a vigência do seguro, passível de ser indenizado de acordo com as coberturas contratadas.
- 2.28 **Excedente técnico:** saldo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva para determinado período.
- 2.29 **Final de Vigência:** data final para ocorrência de Riscos previstos em uma apólice de seguro. O Final de Vigência do Seguro ocorrerá às 24 horas do dia anterior ao seu aniversário, respeitando-se a vigência contratada.
- 2.30 **Foro:** no Contrato de Seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.
- 2.31 **Grupo segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 2.32 **Grupo segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.33 **Incapacidade Temporária:** é a perda total, contínua e temporária da capacidade para a prática da Atividade Profissional, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença.
- 2.34 **Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) quando da ocorrência de um **evento coberto, respeitadas as condições do seguro e dentro dos limites contratados.**
- 2.35 **Índice para atualização de valores:** é o índice utilizado para atualização monetária das obrigações pecuniárias contratuais, a partir da data em que se tornarem exigíveis. Neste plano de seguro, o índice estabelecido é o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 2.36 **Início de Vigência:** data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 2.37 **Liquidação de Sinistro:** pagamento da Indenização (ou reembolso) relativa a um Sinistro.
- 2.38 **Má-Fé:** agir de modo contrário à lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente.
- 2.39 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 2.40 **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.41 **NYHA:** tabela funcional da *New York Heart Association* que permite classificar a extensão da insuficiência cardíaca congestiva.
- 2.42 **Perícia Médica:** é a avaliação feita por um médico a qual o segurado é submetido para fins de comprovação do sinistro.
- 2.43 **Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 2.44 **Prêmio:** é a importância paga pelo Segurado à Seguradora para garantir o Risco contratado, desde que coberto.
- 2.45 **Processo SUSEP:** é o registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 2.46 **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) do seguro, mediante preenchimento e protocolo da Proposta de Contratação na Seguradora.
- 2.47 **Proposta de Contratação:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, estipulante pessoa física ou jurídica, seu representante legal ou corretor de seguros, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.48 **Renda:** é a série de pagamento periódicos a que tem direito o(s) beneficiário(s) ou o próprio segurado, de acordo com a estrutura do plano.

- 2.49 **Riscos a Decorrer:** são aqueles em que o prêmio do seguro é pago, total ou parcialmente, antecipadamente ao risco objeto do contrato.
- 2.50 **Riscos Decorridos:** são aqueles em que o prêmio do seguro é pago somente após o risco objeto do contrato já ter passado, sendo que a garantia é prestada de modo antecipado pela seguradora.
- 2.51 **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, especiais e/ou no contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- 2.52 **Segurado:** é a pessoa física que está exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas.
- 2.53 **Segurado Principal:** aquele segurado que mantém vínculo com o estipulante.
- 2.54 **Segurado Dependente:** cônjuge/companheiro(a) e filhos dependentes do segurado principal, assim considerados conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.
- 2.55 **Seguradora:** empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil e que, mediante o recebimento do prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.
- 2.56 **Seqüela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.57 **Seguro Contributário:** seguro cujo prêmio é pago de forma integral pelo segurado principal.
- 2.58 **Seguro Não Contributário:** seguro cujo prêmio é pago de forma integral pelo estipulante.
- 2.59 **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 2.60 **Vigência:** período pelo qual está contratada a cobertura do seguro.
- 2.61 **Vigência da Cobertura Individual:** período em que os segurados terão direito às coberturas contratadas, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.

### 3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1 As coberturas do seguro podem ser contratadas respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela seguradora.
- 3.2 O objetivo da cobertura, riscos cobertos e riscos excluídos estão disposto nas respectivas condições especiais.
- 3.3 **As Coberturas passíveis de contratação são:**
- a) Cobertura de Morte;
  - b) Cobertura de Morte Acidental;
  - c) Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
  - d) Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração de Membros (IPAM);
  - e) Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
  - f) Cobertura de Antecipação Especial por Doença (AED);
  - g) Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD);
  - h) Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional (ILPD);
  - i) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Natural ou Acidental;
  - j) Cobertura de Assistência Funeral por Morte Acidental;
  - k) Cobertura de Rescisão Contratual ao Estipulante;
  - l) Cobertura de Auxílio Cesta Básica (CB);
  - m) Cobertura de Auxílio Cesta Básica por Afastamento por Acidente (CBAA);
  - n) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Natural ou Acidental;
  - o) Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental;
  - p) Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (DIT);
  - q) Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-Acidente);
  - r) Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (RIT);
  - s) Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (RIT-Acidente);
  - t) Cobertura de Perda de Emprego;
  - u) Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas decorrentes de Acidente (DMHO);
  - v) Cobertura de Doença Congênita de Filho (DCF);
  - w) Cobertura de Diária de Internação Hospitalar (DIH);

- x) Cobertura de Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (DIH-UTI);
  - y) Cobertura de Despesas Emergenciais – Morte;
  - z) Cobertura de Despesas Emergenciais – Morte por Acidente;
  - aa) Cobertura de Despesas Emergenciais – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- 3.4 **Será(ão) expreso(s) contratualmente a(s) cobertura(s) contratada(s).**
- 3.5 **Cláusulas Suplementares:** Este seguro pode contemplar, opcionalmente, as seguintes cláusulas suplementares, que serão especificadas em condições especiais e no contrato, **se contratadas:**
- a) Inclusão de Cônjuge (IC);
  - b) Inclusão de Filhos (IF);
  - c) Reversão de Excedente Técnico.
- 3.5.1 **No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes, incluindo despesas com traslado. Não estarão cobertas despesas com aquisição e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.**
- 3.6 **Somente os sinistros decorrentes das coberturas contratadas pelo estipulante estão amparados pelo seguro, observadas as condições contratuais.**
- 3.7 O Estipulante deverá informar, na Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar.
- 3.8 As coberturas contratadas e os respectivos valores dos Capitais Segurados estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação e no contrato.
- 3.9 **Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.**

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 4.1 **Estão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:**
- a) **Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear, explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
  - b) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
  - c) **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;**
  - d) **Doação e transplante intervivos;**
  - e) **Suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência inicial do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
  - f) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário, ou pelo representante legal, de um ou de outro, sócios controladores, dirigentes e administradores do estipulante pessoa jurídica ou pelos respectivos representantes; e**
  - g) **Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico.**
- 4.2 **Observadas as coberturas contratadas, estão também excluídos os seguintes riscos e suas consequências decorrentes de acidente pessoal:**
- a) **Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;**
    - a.1) **Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;**
  - b) **Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
  - c) **De quaisquer acidentes citados nas alíneas “a” e “b” do item anterior;**

- 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;
- 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.

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

- a) Danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos 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 sequelas 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 ao patrimônio material de uma pessoa, ofenda seus princípios e valores de ordem moral, relacionados à sua honra, seus sentimentos a sua dignidade, como também de sua família.

a.2.1) Quando proveniente de ação judicial, ficará à critério do juiz o reconhecimento da existência de tal dano, bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, que deverá ser direcionada contra o efetivo causador do dano.

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

b.1) Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e pode ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.

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

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

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



## **5. CONTRATAÇÃO**

- 5.1 Considera-se contratado o seguro quando a Proposta de Contratação, contendo os elementos mínimos essenciais ao exame da Aceitação de Risco, devidamente preenchida e assinada pelo Proponente, for aceita pela Porto Seguro, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.
- 5.2 Este seguro poderá ser contratado por empregadores, pessoas físicas ou jurídicas, desde que comprovem a relação empregatícia.
- 5.3 As pessoas físicas ou jurídicas que contratarem o seguro serão as estipulantes das apólices.
- 5.4 A celebração do contrato de seguro e sua(s) alteração(ões) somente poderão ser feitas mediante recebimento por parte da seguradora da proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, através de seu corretor de seguro.
- 5.5 A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 5.6 A proposta de contratação conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, com a expressa intenção de o proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, contratar uma cobertura ou mais coberturas, além da manifestação de seu pleno conhecimento das condições contratuais do seguro.
- 5.7 A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.
- 5.8 A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de contratação ou de alteração da apólice, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
- 5.8.1 No caso de solicitação de documentos complementares, este prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 5.8.2 A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.
- 5.9 **Em caso de não aceitação da proposta de contratação, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.**
- 5.9.1 **Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.**
- 5.10 A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora nos prazos previstos no item 5.8 caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.
- 5.11 A contratação será celebrada mediante contrato, que definirá as particularidades operacionais e as obrigações da seguradora e do estipulante, em especial no que se refere às relações com os segurados e beneficiários.
- 5.12 No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, a apólice será emitida e enviada ao estipulante no prazo de 15 (quinze) dias.

## **6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO**

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

## **7. INCLUSÃO DE SEGURADOS**

- 7.1 Podem ser aceitos no seguro, observadas as demais cláusulas destas condições gerais e das especiais.
- 7.2 Segurados Principais
- 7.2.1 São chamados segurados principais, exclusivamente, sócios/diretores e/ou funcionários do estipulante, desde que:
- a) Estejam em plena atividade a serviço do estipulante;
  - b) Estejam em perfeitas condições de saúde;
  - c) Comprovem a existência de vínculo empregatício com o estipulante, quando funcionários;

- d) Comproven vínculo com o estipulante por meio do Contrato Social, se sócios/diretores;
- e) Tenham idade dentro dos limites estabelecidos pela seguradora para aceitação no grupo segurado.

7.2.2 **Não poderão participar do seguro e não serão considerados como componentes do grupo segurado, mesmo que constantes da Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social (GFIP) ou do Contrato Social, os funcionários e diretores/sócios afastados do trabalho ou aposentados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social antes da contratação do seguro. Os que vierem a se aposentar no decorrer da vigência do seguro, por evento não contemplado nos riscos cobertos, não poderão ser mantidos no contrato de seguro.**

7.2.3 Os aposentados por tempo de serviço que estejam em plena atividade profissional junto ao estipulante podem ser aceitos no seguro, desde que constem da relação GFIP e/ou do Contrato Social.

7.2.4 **Não estão garantidos pelo seguro os profissionais autônomos, estagiários, jovem aprendiz e demais considerados profissionais liberais.**

7.3 Da inclusão de Cônjuge e Filhos

7.3.1 O cônjuge e os filhos do segurado principal poderão participar do seguro de forma automática, exclusivamente na cobertura morte, na qualidade de segurados dependentes.

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

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

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

7.4 Cabe ao estipulante o atendimento de todos os requisitos previstos nestas Condições Gerais para a inclusão de pessoas no seguro, em especial verificar se tais pessoas constam na GFIP ou no Contrato Social, ficando a seguradora isenta da obrigação de pagamento de capital segurado àqueles que forem indevidamente incluídos no seguro.

7.5 Cabe ao estipulante informar a seguradora os nomes dos segurados portadores de deficiência, indicando o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da seguradora.

## 8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

8.1 A vigência da apólice e dos endossos terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas expressamente acordadas entre as partes.

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

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

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

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

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

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

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

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

- 8.8 Qualquer alteração neste contrato somente terá validade se for feita por meio de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a Aceitação do seguro.
- 8.9 Caberá ao Estipulante solicitar a Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do Capital Segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e Aceitação do Risco.
- 8.10 **Este Seguro não poderá ser renovado caso essa Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante SUSEP, desde que seja dada ciência ao Segurado, até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.**
- 8.11 Caso o valor do Capital Segurado atinja o Limite Técnico que a Seguradora assumiu como de sua responsabilidade, o seguro poderá não ser renovado.
- 8.12 Para efeito de pagamento de sinistro, na hipótese do capital segurado exceder o Limite Técnico da Seguradora, o Segurado não será penalizado.
- 8.13 **Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a Vigência do Seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência, se esta não for renovada.**

## 9. VIGÊNCIA DAS COBERTURAS INDIVIDUAIS

- 9.1 A vigência das coberturas de cada segurado terá início, desde que aceita a Proposta de Contratação pela Seguradora, na data constante da apólice para aqueles incluídos no grupo inicial informado pelo estipulante, e às 24 (vinte e quatro) horas da data de admissão do funcionário ou da data de inclusão no Contrato Social para os Sócios e Diretores estatutários, para os que passarem a integrar o quadro de funcionários ou o quadro de sócios e diretores estatutários do estipulante durante a vigência deste seguro.

## 10. CAPITAL SEGURADO

### 10.1 Capital Segurado Global

- 10.1.1 É o valor total determinado pelo estipulante no início da vigência do seguro e constante da proposta de contratação e do contrato, expresso em moeda corrente nacional, para garantir os valores das coberturas contratadas para todo o grupo segurado, respeitados os limites máximos e mínimos estabelecidos pela seguradora na contratação.
- 10.1.2 Os valores serão fixados livremente pelo estipulante, observado o exposto acima, podendo haver valores diferenciados de Capital Segurado Global para o grupo de sócios/diretores e para o grupo de funcionários.

### 10.2 Capital Segurado Individual

- 10.2.1 Em não havendo valores diferenciados de capital segurado global para funcionários e sócios/diretores, o capital segurado individual será apurado pelo rateio do capital segurado global fixado na apólice pela quantidade de pessoas (sejam funcionários, sócios ou diretores) constante na Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP).
- 10.2.2 Caso haja Capital Segurado Global diferenciado para funcionários e diretores/sócios, o capital segurado individual será apurado:
- 10.2.2.1 Funcionários - Pelo rateio do Capital Segurado Global contratado pelo estipulante para o grupo de funcionários, pela quantidade de funcionários que constarem na GFIP no mês da ocorrência do sinistro.
- 10.2.2.2 Sócios e/ou Diretores - Pelo rateio do Capital Segurado Global contratado pelo estipulante para o grupo de sócios/diretores, pela quantidade de sócios/diretores que constarem do Contrato Social da empresa, no mês da ocorrência do sinistro.

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

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

- 10.4 O seguro de pessoas com capital global é uma modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

- 10.5 O Capital Segurado Global poderá sofrer alterações, a pedido do estipulante, durante a vigência da apólice, se houver a anuência formal da seguradora quanto à alteração.



10.6 Se houver a contratação de mais de uma cobertura, a seguradora poderá concordar com o estabelecimento de Capital Segurado Global por cobertura contratada, devendo a diferenciação de capitais ser formalmente prevista nas condições contratuais e no contrato de seguro.

## 11. BENEFICIÁRIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 12. CUSTEIO DO SEGURO

12.1 Este seguro é não contributivo, ou seja, o estipulante é o responsável pelo repasse dos prêmios à Seguradora.

12.1.1 Neste tipo de seguro todos os componentes do grupo segurável são incluídos na apólice, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro, de acordo com os critérios de subscrição da seguradora e/ou as disposições destas condições, e aquelas que comunicarem formalmente seu desejo de não participar da apólice como segurados.

12.2 O estipulante sempre será responsável pela quitação dos prêmios devidos.

## 13. PAGAMENTO DE PRÊMIO

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

13.1 A periodicidade de custeio do prêmio do seguro será mensal, salvo especificação distinta pactuada no contrato, observado, em qualquer caso, o disposto a seguir.

### 13.2 Pagamento de prêmio para riscos decorridos:

13.2.1 Na forma de pagamento de prêmio para riscos decorridos, não haverá fracionamento do prêmio.

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

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

- 13.2.4 Se a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.
- 13.2.5 **O não pagamento do prêmio até a data limite estabelecida no item 13.3.3 não acarretará a suspensão imediata do seguro, havendo tolerância de até 90 (noventa) dias a partir dessa data para regularização do pagamento.**
- 13.2.6 **O estipulante em mora será notificado para pagamento do prêmio em atraso, sendo ainda cientificado de que o não pagamento em 90 (noventa) dias, a contar de seu vencimento, cancelará automaticamente o seguro, sem prejuízo da cobrança, pela seguradora, dos prêmios vencidos e não pagos.**
- 13.2.7 **Ao prêmio pago em atraso serão acrescidos juros de mora de 6% ao ano e atualização monetária, considerando o índice para atualização de valores previsto no item “Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro”, calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.**
- 13.3 **Pagamento de prêmio para riscos a decorrer:**
- 13.3.1 Na forma de pagamento de prêmio para riscos a decorrer, o prêmio poderá ser fracionado, sem valor adicional de custo administrativo de fracionamento, somente de juros pactuados.
- 13.3.2 No seguro com prêmio fracionado, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.
- 13.3.3 A data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas estará expressa no documento de cobrança emitido pela seguradora.
- 13.3.4 Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário.
- 13.4 **O não pagamento do prêmio à vista, nos seguros de pagamento único, ou o não pagamento da 1ª (primeira) parcela, nos casos de seguros com fracionamento de prêmio, na data indicada no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático da apólice, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.**
- 13.5 **Nos seguros com prêmio fracionado, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à 1ª (primeira), o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:**

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original	Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365

40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

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

13.6.1 **A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do item 13.6.**

13.6.2 **Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no item 13.6, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.**

13.6.3 **Ao prêmio pago em atraso serão acrescidos juros de mora de 6% ao ano e atualização monetária, considerando o índice para atualização de valores previsto no item “Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro”, calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.**

13.6.4 **Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no item 13.6, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.**

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

#### **14. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS**

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

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

14.3 Qualquer alteração de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.

#### **15. CARÊNCIA E FRANQUIA**

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

15.2 As carências e franquia deverão ser fixadas na proposta de contratação e no contrato do seguro.

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

15.4 Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados da data de inclusão do segurado no seguro.

**16. CANCELAMENTO DO SEGURO**

16.1 Decorridos 90 (noventa) dias contados da data limite estabelecida nos itens 13.3.3 e 13.4.3, sem que o prêmio tenha sido pago, o seguro fica automaticamente cancelado.

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

16.1.2 Nesse caso, a seguradora poderá reter o prêmio recebido e os emolumentos, proporcional ao tempo decorrido. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s);

16.1.3 No caso de haver parcelas em atraso intercaladas com parcelas pagas, será considerada a 1ª (primeira) parcela em atraso para fins de determinação do período de inadimplência a que se refere o item 16.1, independente de parcelas posteriores pagas.

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

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

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

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

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

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

**17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL**

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

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

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

a) **Com a morte do segurado;**

b) **Com a caracterização de sinistro nas coberturas de invalidez permanente e total por acidente, invalidez permanente e total por doença, seja na modalidade funcional ou**

laborativa e Antecipação Especial por Doença, se contratadas as coberturas desses riscos;

- c) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante;
- d) Com o agravamento intencional do risco.

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

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

## 18. PERDA DE DIREITOS

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

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

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

I - na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

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

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

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

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

**18.3.1 A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.**

**18.3.2 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

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

**19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

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

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

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

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



- 19.5 **Após o prazo previsto no item 19.3, os valores serão atualizados pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item “Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro”, a partir da data de sua exigibilidade, e acrescidos de juros moratórios de 6% ao ano, a partir do último dia previsto para o pagamento.**
- 19.5.1 **A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.**
- 19.6 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito, independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 19.7 O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única ou de renda, conforme definido nas condições especiais de cada cobertura e nas condições contratuais.
- 19.7.1 Para os capitais segurados pagos sob forma de renda serão, a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, e acrescido do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.
- 19.8 Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 19.9 Eventuais despesas com a comprovação do evento e/ou documentos exigidos quando da abertura do sinistro correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.
- 19.10 Fica estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 19.11 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 20. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO**
- 20.1 O capital segurado e os prêmios poderão ser atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 20.2 Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária dos valores do seguro terá por base o IPC - FIPE - Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, ou outro índice que vier a substituí-lo.
- 20.3 Alternativamente ao critério de utilização mencionado no item 20.1 poderá se estabelecer ainda a atualização do capital segurado e prêmios de acordo com os limites acordados em Convenção Coletiva da Categoria, visando garantir os interesses dos contratantes, cujos valores estarão em consonância com a dita Convenção.
- 20.4 A seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária das suas obrigações conforme índice previsto no subitem 20.1 acima.
- 20.4.1 A atualização será feita com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 20.5 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios de 6% (seis por cento) a.a. será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

**21. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES**

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

**22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

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

**23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE**

23.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no contrato, constituem ainda obrigações do estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Manter atualizados e fornecer, sempre que solicitado, informações cadastrais e/ou documentos pessoais dos segurados, necessários para atendimento à circular SUSEP que dispõe sobre a prevenção e combate do crime de "lavagem" e ocultação de bens, direitos ou valores, observados eventual norma que a substitua;
- d) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- e) Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referente(s) ao(s) seguro(s) emitido(s) para o segurado;
- h) Comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- l) Informar a razão social e se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio estipulante;
- m) Manter o pagamento do prêmio em dia, o capital segurado atualizado, e o fornecimento da documentação para liquidação do sinistro.
- n) Manter no grupo segurado apenas funcionários em plena atividade laboral.

23.2 **O estipulante declarará, no ato do preenchimento e assinatura da proposta de contratação, que tomou conhecimento prévio destas condições gerais do seguro, estando de pleno acordo com as mesmas.**



**24. EXCEDENTE TÉCNICO**

24.1 O Contrato firmado entre a seguradora e o estipulante poderá estabelecer a reversão de excedente técnico, conforme critérios previstos na Cláusula Suplementar de Reversão de Excedente Técnico, que será anexada a estas Condições Gerais, se adotada.

**25. FORO**

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

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

**26. DISPOSIÇÕES FINAIS**

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

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

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

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

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

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

26.7 **O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

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

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

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

### 3. Riscos Cobertos

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

### 4. Riscos Excluídos

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

### 5. Capital Segurado

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

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

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

### 6. Cancelamento da cobertura individual

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

### 7. Liquidação de Sinistros

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

7.1.1 Em caso de morte do segurado por causa natural:

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

- b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples)
- d) Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia autenticada);
- e) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- f) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- g) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor (cópia simples);
- h) Declaração de únicos herdeiros (original);
- i) Todos os laudos e exames realizados desde a data de diagnóstico da doença até a data do óbito (cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- k) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).

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

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

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

- a) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);

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

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

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

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

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

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

## **8. Beneficiários**

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

## **9. Disposições Gerais**

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

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

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

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

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

### 3. Riscos Cobertos

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

### 4. Riscos Excluídos

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

### 5. Capital Segurado

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

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

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

### 6. Cancelamento da cobertura individual

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

### 7. Liquidação de Sinistros

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

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

- b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples)
- d) Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia autenticada);
- e) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- f) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- g) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor (cópia simples);
- h) Declaração de únicos herdeiros (original);
- i) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- j) Boletim de Ocorrência Policial (cópia simples);
- k) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) (cópia simples);
- l) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- m) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado (cópia simples);
- n) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir) (cópia simples);
- o) Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver) (cópia simples);
- p) Laudo de Perícia Técnica (se houver) (cópia simples);
- q) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- r) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).

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

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

- d) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples).

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

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

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

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

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

## **8. Beneficiários**

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

## **9. Disposições Gerais**

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

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

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

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.3 **Excluem-se desse conceito:**

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.**



### 3. Riscos Cobertos

- 3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.
- 3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demonstrem alterações traumáticas com onexo causal acidental.
- 3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.
- 3.4 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**
- 3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL	Perda total do uso de um dos membro superiores	70

<b>MEMBROS SUPERIORES</b>	Perda total do uso de uma das mãos	60	
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-úlnares	30	
	Anquilose total de um dos ombros	25	
	Anquilose total de um dos cotovelos	25	
	Anquilose total de um dos punhos	20	
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25	
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09	
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12	
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09	
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		
	<b>PARCIAL MEMBROS INFERIORES</b>	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés		50	
Fratura não-consolidada de um fêmur		50	
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros		25	
Fratura não-consolidada da rótula		20	
Fratura não-consolidada de um pé		20	
Anquilose total de um dos joelhos		20	
Anquilose total de um dos tornozelos		20	
Anquilose total de um quadril		20	
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé		25	
Amputação do 1º (primeiro) dedo		10	
Amputação de qualquer outro dedo		03	
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.			
Encurtamento de um dos membros inferiores:			
- de 5 (cinco) centímetros ou mais		15	
- de 4 (quatro) centímetros	10		
- de 3 (três) centímetros	06		

	- menos de 3 (três) centímetros	<b>sem indenização</b>
Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica		
<b>A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprio da tabela.</b>		
DIVERSAS	<b>MANDÍBULA</b>	
	<b>Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:</b>	
	- Em grau mínimo	10
	- Em grau médio	15
	- Em grau máximo	20
	<b>NARIZ</b>	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	<b>APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO</b>	
	Diplopia	15
	<b>Lesões das vias lacrimais:</b>	
	- Unilateral	07
	- Unilateral com fístulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fístulas	25
	<b>Lesões da pálpebra:</b>	
	- Ectrópio unilateral	03
	- Ectrópio bilateral	06
	- Entrópio unilateral	07
	- Entrópio bilateral	14
	- Má oclusão palpebral unilateral	03
	- Má oclusão palpebral bilateral	06
	- Ptose palpebral unilateral	05
	- Ptose palpebral bilateral	10
	<b>APARELHO DA FONAÇÃO</b>	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15	

	Amputação total da língua	50
	Parcial (menos de 50%)	15
	Parcial (mais de 50%)	30
	<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total das duas orelhas	16
DIVERSAS	<b>PERDA DO BAÇO</b>	15
	<b>APARELHO URINÁRIO</b>	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	<b>PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE</b>	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	<b>APARELHO GENITAL E REPRODUTOR</b>	
	Perda de um testículo	10
	Perda de dois testículos	20
	Amputação traumática do pênis	50
	Perda de um ovário	10
	Perda de dois ovários	20
	Perda do útero antes da menopausa	40
	Perda do útero depois da menopausa	10
	<b>PESCOÇO</b>	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	Paralisia de uma corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	<b>TÓRAX</b>	
	<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	

Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
<b>Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):</b>	
- Com função respiratória preservada	15
- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
- Com redução em grau médio da função respiratória	50
- Com insuficiência respiratória	75
<b>MAMAS (FEMININAS)</b>	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
<b>ABDOMEM (ORGÃO E VÍCERAS)</b>	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
<b>INTESTINO DELGADO</b>	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
<b>INTESTINO GROSSO</b>	
Colectomia parcial	20
Colectomia total ou definitiva	40
<b>RETO E ÂNUS</b>	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
<b>FÍGADO</b>	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	07
<b>SÍNDROMES NEUROLÓGICAS</b>	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

- 3.6 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista nesta cobertura para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 3.7 Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.
- 3.8 **Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.**
- 3.9 **Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.**
- 3.10 **Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.**
- 3.11 A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau de preexistência.
- 4. Riscos Excluídos**
- 4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):**
- a) **Perda de dentes e danos estéticos;**
  - b) **Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**
  - c) **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
  - d) **Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.**
- 5. Capital Segurado**
- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, observados as demais disposições destas Condições Especiais.
- 5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.
- 5.3 No caso de invalidez permanente parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 5.4 Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado da(s) garantia(s) por morte.
- 5.5 O capital segurado das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.
- 6. Cancelamento da cobertura individual**
- 6.1 Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e Total por acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

## **7. Liquidação de Sinistros**

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

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
- d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- f) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- g) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- h) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- i) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- j) Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
- k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- l) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).

## **8. Despesas de Comprovação**

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

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

## **9. Junta Médica**

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

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

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

## **10. Disposições Gerais**

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

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE COM MAJORAÇÃO DE MEMBROS (IPAM)

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

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

2.2.2 Incluem-se nesse conceito:

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

2.2.3 **Excluem-se desse conceito:**

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.**



### 3. Riscos Cobertos

- 3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.
- 3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demonstrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.
- 3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.
- 3.4 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**
- 3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-úlnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09	
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	

	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros	25
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	06
- menos de 3 (três) centímetros	<b>sem indenização</b>	
Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica		
<b>A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprio da tabela.</b>		
DIVERSAS	<b>MANDÍBULA</b>	
	<b>Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:</b>	
	- Em grau mínimo	10
	- Em grau médio	15
	- Em grau máximo	20
	<b>NARIZ</b>	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	<b>APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO</b>	
	Diplopia	15
	<b>Lesões das vias lacrimais:</b>	
	- Unilateral	07
	- Unilateral com fístulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fístulas	25
	<b>Lesões da pálpebra:</b>	
- Ectrópio unilateral	03	
- Ectrópio bilateral	06	
- Entrópio unilateral	07	
- Entrópio bilateral	14	
- Má oclusão palpebral unilateral	03	

	- Má oclusão palpebral bilateral	06
	- Ptose palpebral unilateral	05
	- Ptose palpebral bilateral	10
	<b>APARELHO DA FONAÇÃO</b>	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial (menos de 50%)	15
	Parcial (mais de 50%)	30
	<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total das duas orelhas	16
	<b>PERDA DO BAÇO</b>	15
	<b>APARELHO URINÁRIO</b>	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	<b>PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE</b>	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	<b>APARELHO GENITAL E REPRODUTOR</b>	
	Perda de um testículo	10
	Perda de dois testículos	20
	Amputação traumática do pênis	50
	Perda de um ovário	10
	Perda de dois ovários	20
	Perda do útero antes da menopausa	40
	Perda do útero depois da menopausa	10
	<b>PESCOÇO</b>	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	Paralisia de uma corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	<b>TÓRAX</b>	
	<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	<b>Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):</b>	
	- Com função respiratória preservada	15
	- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- Com redução em grau médio da função respiratória	50
	- Com insuficiência respiratória	75
	<b>MAMAS (FEMININAS)</b>	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	<b>ABDOMEM (ORGÃO E VÍ CERAS)</b>	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40

DIVERSAS

<b>INTESTINO DELGADO</b>	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
<b>INTESTINO GROSSO</b>	
Colectomia parcial	20
Colectomia total ou definitiva	40
<b>RETO E ÂNUS</b>	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
<b>FÍGADO</b>	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	07
<b>SÍNDROMES NEUROLÓGICAS</b>	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

- 3.6 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista nesta cobertura para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
- 3.7 Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.
- 3.8 **Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.**
- 3.9 **Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.**
- 3.10 **Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.**
- 3.11 A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau de preexistência.
- 3.12 **Majoração de Membros**
- 3.12.1 Consiste na possibilidade do segurado majorar os percentuais de indenização parcial para 100% (cem por cento), conforme indicado nas condições contratuais do seguro.
- 3.12.2 São membros passíveis de majoração:
- Perda total da visão de um olho de 30% (trinta por cento) majorado para 100% (cem por cento);
  - Perda total do uso de um dos indicadores de 15% (quinze por cento) majorado para 100% (cem por cento);
  - Perda total de um dos polegares, inclusive o metacarpiano de 25% (vinte e cinco por cento) para 100% (cem por cento);
  - Perda total de um dos polegares, exclusive o metacarpiano de 18% (dezoito por cento) para 100% (cem por cento);
  - Anquilose total de um dos cotovelos de 25% (vinte e cinco por cento) majorado para 100% (cem por cento).

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

3.12.4 Em caso de lesão nos órgãos/membros majorados, decorrente de acidente, que ocasiona invalidez permanente parcial, o segurado receberá 100% (cem por cento) da indenização contratada para a garantia de invalidez permanente por acidente.

#### **4. Riscos Excluídos**

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

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

#### **5. Capital Segurado**

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

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

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

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

5.5 O capital segurado das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

#### **6. Cancelamento da cobertura individual**

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

#### **7. Liquidação de Sinistros**

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

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
- d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);

- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- f) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- g) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- h) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- i) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- j) Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
- k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- l) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).

## **8. Despesas de Comprovação**

- 8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.
- 8.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

## **9. Junta Médica**

- 9.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.
- 9.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- 9.3 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

## **10. Disposições Gerais**

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



**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)****1. Objetivo da Cobertura**

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

**2. Definições**

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

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

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.3 **Excluem-se desse conceito:**

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.**

### 3. Riscos Cobertos

- 3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente **total** do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente **total** quando da alta médica definitiva do segurado.
- 3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demonstrem alterações traumáticas com onexo causal acidental.
- 3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.
- 3.4 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**
- 3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente total por acidente:

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

- 3.6 **Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, não havendo acúmulo.**
- 3.7 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 de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau de preexistência.

### 4. Riscos Excluídos

- 4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):**
- Perda de dentes e danos estéticos;**
  - Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**
  - Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
  - Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de**



repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.

## 5. Capital Segurado

- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Permanente **Total** por Acidente, observadas as demais disposições destas Condições Especiais.
- 5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.
- 5.3 O capital segurado das coberturas de morte e invalidez permanente **total** por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

## 6. Cancelamento da cobertura individual

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

## 7. Liquidação de Sinistros

- 7.1 Para a Cobertura de Invalidez Permanente **Total** por Acidente (IPTA), os documentos básicos necessários são:
- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
  - b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
  - c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
  - d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
  - e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
  - f) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
  - g) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
  - h) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
  - i) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
  - j) Resultado de todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
  - k) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado (original);
  - l) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
  - m) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).

## 8. Despesas de Comprovação

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

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

**9. Junta Médica**

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

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

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

**10. Disposições Gerais**

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

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

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

### 3. Riscos Cobertos

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

3.1.1 **Deficiência visual, decorrente de doença:**

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

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

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

3.1.3 **Doenças Terminais:**

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

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

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

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

- a) Entende-se por Insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutiva restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgão salvo, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada por exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

3.1.6 **Doenças Crônicas:**

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

**3.1.7 Perda de existência independente do segurado:**

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

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

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

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

**4. Riscos Excluídos**

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

**5. Capital Segurado**

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

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

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

**6. Carência**

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

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

**7. Cancelamento da cobertura individual**

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

**8. Liquidação de Sinistros**

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

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
- d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);

- e) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autônômicas do segurado (original);
- f) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
- g) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- h) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- i) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).
- j) Termo de curatela (cópia simples).

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

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

8.4 A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

**9. Despesas de Comprovação**

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

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

**10. Junta Médica**

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

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

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

**11. Disposições Gerais**

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

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

### 1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do capital segurado da cobertura, caso o segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, observadas as demais condições contratuais.

### 2. Definições

2.1 Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):

2.1.1 **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.

2.1.2 **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais, e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.1.3 **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.1.4 **Auxílio:** ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.1.5 **Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

2.1.6 **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.1.7 **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

2.1.8 **Dados Antropométricos:** peso e altura do indivíduo.

2.1.9 **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.1.10 **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.1.11 **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.1.12 **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

2.1.13 **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.1.14 **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.1.15 **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.1.16 **Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do indivíduo com o meio externo.

2.1.17 **Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.1.18 **Médico Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.1.19 **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.1.20 **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.1.21 **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.1.22 **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade de o organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.1.23 **Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.



- 2.1.24 **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca, bem como nele se deslocar.
- 2.1.25 **Seqüela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.1.26 **Transferência Corporal:** capacidade do indivíduo se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.
- 3. Riscos Cobertos**
- 3.1 A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico de incapacidade, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônômicas do segurado. Este quadro clínico de incapacidade deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item "Liquidação de Sinistros" destas Condições Especiais.
- 3.2 Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, provenientes **exclusivamente de doenças:**
- 3.2.1 Deficiência visual, decorrente de doença:**
- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
  - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- 3.2.2 Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas:**
- Entende-se por coma o estado de inconsciência, sem resposta a estímulos externos, persistindo continuamente, com as medidas de suporte de vida, por um período de pelo menos 96h (noventa e seis horas) e resultando em déficits neurológicos permanentes.
- 3.2.3 Doenças Terminais:**
- Entende-se por Doenças Terminais aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma das medidas terapêuticas conhecidas e aplicadas, sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevida, cuja consequência esperada é o óbito.
- 3.2.4 Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro:**
- Entende-se por alienação mental: distúrbio mental ou neuromental grave e persistente no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, acarrete em alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho, bem como, estar na qualificação de curatelado(a) em caráter definitivo.
- 3.2.5 Insuficiência cardíaca refrataria ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas:**
- Entende-se por Insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave, doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutiva restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgãos-alvo, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz à atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada por exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.
- 3.2.6 Doenças Crônicas:**
- Entende-se por doenças crônicas: as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, em caráter progressivo, bem como, manifestações clínicas avançadas, acometendo órgãos-alvo (consumptivas), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico.
- 3.2.7 Perda de existência independente do Segurado:**
- 3.2.7.1 Entende-se por perda de existência independente do Segurado, aquele(a) que por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:

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

**3.2.8 Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares:**

- a) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo.

**3.2.9 Doenças do aparelho locomotor:**

- a) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal.

3.3 Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, anexo a esta Condição Especial, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.3.1 O IAIF é composto por dois documentos:

- a) O primeiro documento (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
  - O 1º grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
  - Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
  - Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- b) O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
  - Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

3.4 A constatação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, conforme definida no subitem 1.1, será feita por declaração médica, subscrita por profissional habilitado na especialização da doença, e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

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

**4. Riscos Excluídos**

**4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:**

- a) **A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) **Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e**
- c) **A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**



**5. Capital Segurado**

- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 5.2 Uma vez pago o Capital Segurado referente a esta cobertura, o seguro do Segurado Principal estará automaticamente cancelado.**
- 5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.
- 5.4 Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

**6. Carência**

- 6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência e Franquia” das Condições Gerais.
- 6.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

**7 Cancelamento da cobertura individual**

- 7.1 A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**
- 7.2 Não estando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

**8. Liquidação de Sinistros**

- 8.1 Para a Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), os documentos básicos necessários são:
- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
  - b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
  - c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
  - d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
  - e) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);
  - f) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
  - g) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
  - h) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
  - i) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).
  - j) Termo de curatela (cópia simples).

- 8.2 **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.**
- 8.3 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.
- 8.4 A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.
- 9. Despesas de Comprovação**
- 9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.
- 9.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.
- 10. Junta Médica**
- 10.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.
- 10.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- 10.3 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 11. Disposições Gerais**
- 11.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

**ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF**

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
<b>Relações do segurado com o cotidiano</b>	1º grau: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; anda livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
<b>Condições clínicas e estruturais do segurado</b>	1º grau: O segurado apresenta-se saudável; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais	00
	2º grau: O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
<b>Conectividade do segurado com a vida</b>	1º grau: O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diário, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diária.	20

**TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE**

<b>DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS</b>	<b>PONTOS</b>
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve reaparecimento de doença algum tempo depois de um acometimento, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 (dois) fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.	08

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILPD)****1. Objetivo da Cobertura**

- 1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao segurado a antecipação total do capital segurado da cobertura, ao segurado, seu curador ou a quem represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que for comprovada, através de declaração médica e exames complementares, em caso de sua invalidez laborativa permanente e total decorrente de doença profissional do segurado contraída no exercício da atividade profissional, e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), durante a vigência da cobertura, observadas as demais condições contratuais.
- 1.2 Não podem figurar como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da sociedade seguradora.

**2. Definições**

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

**3. Riscos Cobertos**

- 3.1 Para fins desta cobertura, entende-se por invalidez laborativa permanente e total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.
- 3.1.1 A atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença, que acarretou a sua invalidez.
- 3.2 Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 3.2.1 Paciente em fase terminal é o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, sem perspectiva de recuperação, e que apresente uma expectativa de morte em até 6 (seis) meses da data do diagnóstico, atestada por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia e acompanhada dos exames médicos realizados, comprobatórios da doença.
- 3.3 A constatação da Invalidez Laborativa Permanente Total por doença profissional, será feita por declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na especialização da doença
- 3.3.1 Estão expressamente cobertas as doenças relacionadas com o trabalho, conforme listagem oficial instituída pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº 1339/GM de 18 de novembro de 1999.
- 3.4 Além da comprovação médica, se faz necessário a comprovação da aposentadoria do segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por doença profissional que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data do início de vigência da cobertura e que o segurado seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

**4. Riscos Excluídos**

- 4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:**
- a) **Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal.**

**5. Capital Segurado**

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

Laborativa Permanente e Total por Doença, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez laborativa permanente e total indicada na declaração médica.

## 6. Carência

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

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

## 7. Cancelamento da cobertura individual

7.1 **A Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**

7.2 Não estando comprovada a invalidez laborativa permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

## 8. Liquidação de Sinistros

8.1 Para a Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional (ILPD), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
- d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- e) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico e, detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado (original);
- f) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
- g) Comprovante de concessão de aposentadoria pelo órgão previdenciário Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) (cópia simples);
- h) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- i) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- j) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).
- k) Termo de curatela (cópia simples).

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

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

- 8.4 A seguradora reserva-se o direito de não considerar quaisquer resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.
- 8.5 Reconhecida a invalidez laborativa permanente e total por doença pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.
- 9. Despesas de Comprovação**
- 9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez laborativa permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.
- 9.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.
- 10. Junta Médica**
- 10.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 10.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- 10.3 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 11. Disposições Gerais**
- 11.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.



## **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE NATURAL OU ACIDENTAL**

### **1. Objetivo da Cobertura**

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

### **2. Definições**

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

### **3. Riscos Cobertos**

3.1 Para fins desta cobertura, entende-se:

#### **3.2 Serviços de Assistência Funeral:**

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

- a) Nome do segurado e número da apólice correspondente;
- b) O local e o número do telefone onde o serviço de assistência poderá encontrar os familiares/representantes do segurado; e
- c) Documentos necessários para comprovar o vínculo empregatício e familiar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



- 3.2.3.8 **Passagem para um Parente:** Caso a família do Segurado opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária, para um membro da família acompanhar o sepultamento.
- 3.2.3.9 **Registro de Óbito:** O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família.
- 3.2.3.10 **Sepultamento ou Cremação:** O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente. As respectivas taxas serão pagas pelo Serviço de Assistência.
- 3.2.3.10.1 O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo após o sepultamento.
- 3.2.3.10.2 A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito tenha ocorrido, ou o Segurado resida em Município que não disponha deste serviço, e tendo a família optado pela cremação, a família deverá arcar com o traslado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.
- 3.2.3.11 **Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo:** Em caso de falecimento do Segurado durante a viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o retorno / repatriamento do corpo, transportando-o em esquife standard até o Município de domicílio do Segurado.
- 3.2.3.12 **Urna/Caixão:** O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.
- 3.2.3.13 **Velório:** O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.
- 3.3 **Reembolso das despesas com funeral:**
- 3.3.1 Em substituição à prestação de serviço de assistência funeral, caso existam responsáveis pelo dispêndio das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.
- 3.3.2 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contrato para esta cobertura.

#### 4. Riscos Excluídos

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

#### 5. Capital Segurado

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

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

## 6. **Âmbito Geográfico**

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

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

## 7. **Liquidação de Sinistros**

7.1 Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados no item "Liquidação de Sinistros" das Condições Gerais do seguro, os documentos básicos necessários são:

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

7.2 Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados no item "Liquidação de Sinistros" das Condições Gerais do seguro.

## 8. **Disposições Gerais**

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

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

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

### 3. Riscos Cobertos

3.1 Para fins desta cobertura, entende-se:

#### 3.2 Serviços de Assistência Funeral:

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

- a) Nome do segurado e número da apólice correspondente;
- b) O local e o número do telefone onde o serviço de assistência poderá encontrar os familiares/representantes do segurado; e
- c) Documentos necessários para comprovar o vínculo empregatício e familiar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 3.2.3.8 **Passagem para um Parente:** Caso a família do Segurado opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea (classe econômica) ou rodoviária, para um membro da família acompanhar o sepultamento.
- 3.2.3.9 **Registro de Óbito:** O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família.
- 3.2.3.10 **Sepultamento ou Cremação:** O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente. As respectivas taxas serão pagas pelo Serviço de Assistência.
- 3.2.3.10.1 O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo após o sepultamento.
- 3.2.3.10.2 A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito tenha ocorrido, ou o Segurado resida em Município que não disponha deste serviço, e tendo a família optado pela cremação, a família deverá arcar com o traslado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.
- 3.2.3.11 **Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo:** Em caso de falecimento do Segurado durante a viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o retorno / repatriamento do corpo, transportando-o em esquite standard até o Município de domicílio do Segurado.
- 3.2.3.12 **Urna/Caixão:** O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.
- 3.2.3.13 **Velório:** O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.
- 3.3 **Reembolso das despesas com funeral:**
- 3.3.1 Em substituição à prestação de serviço de assistência funeral, caso existam responsáveis pelo dispêndio das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.
- 3.3.2 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contrato para esta cobertura.

#### 4. Riscos Excluídos

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

#### 5. Capital Segurado

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

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

## 6. Âmbito Geográfico

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

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

## 7. Liquidação de Sinistros

7.1 Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados no item "Liquidação de Sinistros" das Condições Gerais do seguro, os documentos básicos necessários são:

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

7.2 Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados no item "Liquidação de Sinistros" das Condições Gerais do seguro.

## 8. Disposições Gerais

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

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

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL AO ESTIPULANTE

### 1. Objetivo da Cobertura

- 1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao estipulante o pagamento do capital segurado contratado, a título de verba rescisória, em caso de morte do segurado principal, observadas as condições contratuais.

### 2. Definições

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

### 3. Riscos Cobertos

- 3.1 Entende-se por rescisão contratual a forma de finalizar o contrato de trabalho em razão da morte do segurado principal.

### 4. Riscos Excluídos

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

### 5. Capital Segurado

- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Rescisão Contratual, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 5.2 O capital segurado desta cobertura pode ser fixo ou proporcional ao capital segurado da Cobertura de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado principal.
- 5.4 O pagamento do capital será feito em parcela única.

### 6. Liquidação de Sinistros

- 6.1 Para a Cobertura de Rescisão Contratual, os documentos básicos necessários são:

- 6.1.1 Em caso de morte do segurado por causa natural:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
- c) Termo de rescisão do contrato de trabalho (cópia simples);
- d) Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia autenticada);
- e) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- f) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- g) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).

- 6.2 Para o beneficiário estipulante na Cobertura de Rescisão Contratual, os documentos básicos necessários são:

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



- e) Comprovante da condição de empregador e estipulante do seguro, em caso de pessoa física (cópia simples).

**7. Disposições Gerais**

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

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

### 3. Riscos Cobertos

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

### 4. Riscos Excluídos

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

### 5. Capital Segurado

- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Auxílio Cesta Básica, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.
- 5.3 O pagamento do capital será feito em parcelas mensais ou parcela única, conforme definido nas condições contratuais.

### 6. Liquidação de Sinistros

- 6.1 Para a Cobertura de Auxílio Cesta Básica, os documentos básicos necessários são:
- Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
  - Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
  - Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
  - Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia autenticada);
  - Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva, em caso de invalidez permanente e total por acidente do segurado (original);
  - Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme, em caso de invalidez permanente e total por acidente do segurado (cópia simples);
  - Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
  - Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).



- 6.2 Para os beneficiários do segurado, os documentos a apresentar são os constantes da Condição Especial Cobertura de Morte.
- 6.3 **O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Cesta Básica não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**
- 7. Disposições Gerais**
- 7.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE

### 1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento a título de auxílio para aquisição de cesta básica de alimentos, por sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de 03 (três) cestas e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

### 2. Definições

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

2.1.1 **Franquia:** É o período correspondente aos primeiros 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 da(s) cesta(s) básica(s).

### 3. Riscos Cobertos

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

### 4. Riscos Excluídos

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

### 5. Capital Segurado

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

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

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

### 6. Franquia

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

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

### 7. Liquidação de Sinistros

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

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);

- d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- f) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- g) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- h) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- i) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
- j) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
- k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- l) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).

7.2 **O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Cesta Básica não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**

## 8. Disposições Gerais

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

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

### 3. Riscos Cobertos

- 3.1 Para fins desta cobertura, entende-se:

#### 3.2 Reembolso das despesas com funeral:

- 3.2.1 Caso existam responsáveis pelo dispêndio das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.
- 3.2.2 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contrato para esta cobertura.

### 4. Riscos Excluídos

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

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

### 5. Capital Segurado

- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Auxílio Funeral, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

### 6. Âmbito Geográfico

- 6.1 A Cobertura de Auxílio 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.

### 7. Liquidação de Sinistros

- 7.1 Adicionalmente aos documentos relacionados no item “Liquidação de Sinistros” das Condições Gerais do seguro, os documentos básicos necessários são:

- a) Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado (original);
- b) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
- e) Comprovante de endereço atualizado nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) ao beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
- f) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- g) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).

## **8. Disposições Gerais**

- 8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.
- 8.2 **O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

### 3. Riscos Cobertos

3.1 Para fins desta cobertura, entende-se:

#### 3.2 Reembolso das despesas com funeral:

3.2.1 Caso existam responsáveis pelo dispêndio das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.

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

### 4. Riscos Excluídos

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

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

### 5. Capital Segurado

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

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

### 6. Âmbito Geográfico

6.1 A Cobertura de Auxílio 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.

### 7. Liquidação de Sinistros

7.1 Adicionalmente aos documentos relacionados no item “Liquidação de Sinistros” das Condições Gerais do seguro, os documentos básicos necessários são:

- a) Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado (original);
- b) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
- e) Comprovante de endereço atualizado nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) ao beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
- f) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- g) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).

## **8. Disposições Gerais**

- 8.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.
- 8.2 **O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**



## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT)

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

- 2.1 Glossário para os termos relacionados à cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária (DIT):
- 2.1.1 **Carência:** É o período de até 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.
- 2.1.2 **Franquia:** É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção das diárias.
- 2.1.2.1 Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07(sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.
- 2.1.3 **Limite de Diárias:** É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado terá direito, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, dependendo do tipo de franquia contratada, limitada a 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, observados os dispostos destas condições especiais.
- 2.1.3.1 O montante de diárias contratadas será descrito nas Condições Contratuais.
- 2.1.4 **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.
- 2.1.5 **Auditoria Médica:** É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

### 3. Riscos Cobertos

- 3.1 A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.
- 3.2 **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 estipulante na proposta de contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada a má-fé do estipulante, no que tange a informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito à indenização de acordo com o Artigo 766 do Código Civil.**

### 4. Riscos Excluídos

- 4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:
- a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso

excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;

- b) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;
- d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
- f) Hospitalização para check-up;
- g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;
- h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;
- i) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;
- j) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;
- k) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;
- l) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
- m) Síndrome do pânico;
- n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- o) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;
- p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
- r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;
- s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;
- t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, protusões disciais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações disciais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;

- u) **Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
  - v) **Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
  - w) **Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;**
  - x) **Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares; Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação do nexa causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;**
- 4.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.**
- 4.3 Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Diárias de Incapacidade Temporária.**
- 4.3.1 Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às diárias cobertas por este seguro.**
- 5. Capital Segurado**
- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.**
- 5.2 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de dias contratada, multiplicada pelo valor da diária, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.**
- 5.3 O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.**
- 5.4 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.**
- 6. Âmbito Geográfico**
- 6.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.**
- 7. Franquia**
- 7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.**
- 7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.**
- 8. Limite de Diárias**
- 8.1 É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus a partir do término do período de franquia, conforme estabelecido no contrato, limitado ao período máximo de até 365 dias.**

**9. Carência**

- 9.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.
- 9.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

**10. Liquidação de Sinistros**

- 10.1 Para a Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT), os documentos básicos necessários são:
- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
  - b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
  - c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
  - d) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
  - e) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
  - f) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
  - g) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
  - h) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
  - i) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
  - j) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
  - k) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
  - l) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
  - m) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
  - n) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).
- 10.2 No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexos causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.
- 10.3 Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexos causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.
- 10.4 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.
- 10.5 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez, considerando o valor da diária multiplicado pelo número de dias de afastamento, respeitando-se o limite de diárias e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.
- 10.6 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

- 10.7 **No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.**
- 10.8 Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.
- 10.9 A cessação do pagamento das diárias ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de diárias, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.
- 10.10 **Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.**
- 10.11 **Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de diárias por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, correspondente à vigência anterior.**
- 11. Despesas de Comprovação**
- 11.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.
- 11.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.
- 12. Junta Médica**
- 12.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 12.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- 12.3 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 13. Disposições Gerais**
- 13.1 **Enquanto o segurado estiver recebendo as diárias contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.**
- 13.2 **Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.**
- 13.3 **Não haverá acúmulo do pagamento das diárias por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.**
- 13.4 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.
- 13.4.1 **Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.**
- 13.5 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.



## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (DIT-ACIDENTE)

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

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

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

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

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

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

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

### 3. Riscos Cobertos

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

3.2 **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 estipulante na proposta de contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da diária contratada, mas se ficar comprovada a má-fé do estipulante, no que tange a informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito à indenização de acordo com o Artigo 766 do Código Civil.**

### 4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente:

a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos

- moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;
- b) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;
  - c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;
  - d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
  - e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
  - f) Hospitalização para check-up;
  - g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;
  - h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;
  - i) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;
  - j) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;
  - k) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;
  - l) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
  - m) Síndrome do pânico;
  - n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
  - o) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;
  - p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
  - q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
  - r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;
  - s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;
  - t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;
  - u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
  - v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);



- w) **Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;**
- x) **Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares; Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;**
- 4.2 **Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.**
- 4.3 **Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Diárias de Incapacidade Temporária.**
- 4.3.1 **Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às diárias cobertas por este seguro.**
- 5. Capital Segurado**
- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.
- 5.2 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de dias contratada, multiplicada pelo valor da diária, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.
- 5.3 **O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.**
- 5.4 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.
- 6. Âmbito Geográfico**
- 6.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.
- 7. Franquia**
- 7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.
- 7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.
- 8. Limite de Diárias**
- 8.1 É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus a partir do término do período de franquia, conforme estabelecido no contrato, limitado ao período máximo de até 365 dias.
- 9. Carência**
- 9.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

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

## 10. Liquidação de Sinistros

10.1 Para a Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-Acidente), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
- d) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
- e) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- f) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- g) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- h) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- i) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- j) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
- k) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
- l) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
- m) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- n) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).

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

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

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

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

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

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

- 10.8 **Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.**
- 10.9 A cessação do pagamento das diárias ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de diárias, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.
- 10.10 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.
- 10.11 **Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de diárias por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, correspondente à vigência anterior.**
- 11. Despesas de Comprovação**
- 11.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.
- 11.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.
- 12. Junta Médica**
- 12.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.
- 12.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- 12.3 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 13. Disposições Gerais**
- 13.1 **Enquanto o segurado estiver recebendo as diárias contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.**
- 13.2 **Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.**
- 13.3 **Não haverá acúmulo do pagamento das diárias por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.**
- 13.4 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.
- 13.4.1 **Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.**
- 13.5 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

2.1.1 **Carência:** É o período de até 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.

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

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

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

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

### 3. Riscos Cobertos

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

3.2 **O valor contratado 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 a renda mensal informada pelo estipulante na proposta de contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada a má-fé do estipulante, no que tange a informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito à indenização de acordo com o Artigo 766 do Código Civil.**

### 4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT):

a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite

- Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;
- b) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;
  - c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;
  - d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
  - e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
  - f) Hospitalização para check-up;
  - g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;
  - h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;
  - i) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;
  - j) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;
  - k) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências decorrentes deles;
  - l) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
  - m) Síndrome do pânico;
  - n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
  - o) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;
  - p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
  - q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
  - r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;
  - s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;
  - t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;
  - u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
  - v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
  - w) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;
  - x) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de



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

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

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

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

## 5. Capital Segurado

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

5.2 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de renda contratada, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora, respeitando o limite máximo de até 03 (três) rendas. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

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

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

## 6. Âmbito Geográfico

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

## 7. Franquia

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

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

## 8. Carência

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

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

## 9. Liquidação de Sinistros

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

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

- b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
  - c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
  - d) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
  - e) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
  - f) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
  - g) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
  - h) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
  - i) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
  - j) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
  - k) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
  - l) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
  - m) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
  - n) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).
- 9.2 No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexos causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.
- 9.3 Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexos causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.
- 9.4 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.
- 9.5 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga a cada 30 dias, considerando o período de 30 (trinta), 60 (sessenta) e/ou 90 (noventa) dias, respeitando-se o limite de rendas e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.
- 9.6 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.
- 9.7 No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.
- 9.8 **Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de renda, sendo que as rendas relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.**
- 9.9 A cessação do pagamento da renda ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de rendas, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.



- 9.10 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder a 03 (três) rendas.
- 9.11 Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de renda por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite de 03 (três) rendas, correspondente à vigência anterior.
- 10. Despesas de Comprovação**
- 10.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.
- 10.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.
- 11. Junta Médica**
- 11.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.
- 11.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- 11.3 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 12. Disposições Gerais**
- 12.1 **Enquanto o segurado estiver recebendo as rendas contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.**
- 12.2 **Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.**
- 12.3 **Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.**
- 12.4 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.
- 12.4.1 **Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida 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.**
- 12.5 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (RIT-ACIDENTE)

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

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

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

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

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

### 3. Riscos Cobertos

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

3.2 **O valor contratado 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 a renda mensal informada pelo estipulante na proposta de contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada a má-fé do estipulante, no que tange a informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito à indenização de acordo com o Artigo 766 do Código Civil.**

### 4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (RIT-Acidente):

- a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito

- Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;
- b) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;
  - c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;
  - d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
  - e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;
  - f) Hospitalização para check-up;
  - g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;
  - h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;
  - i) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;
  - j) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;
  - k) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos e consequências decorrentes deles;
  - l) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;
  - m) Síndrome do pânico;
  - n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
  - o) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;
  - p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
  - q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;
  - r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;
  - s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;
  - t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões disciais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações disciais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;
  - u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
  - v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
  - w) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;
  - x) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares; Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas

consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

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

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

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

## 5. Capital Segurado

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

5.2 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de renda contratada, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora, respeitando o limite máximo de até 03 (três) rendas. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

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

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

## 6. Âmbito Geográfico

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

## 7. Franquia

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

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

## 8. Liquidação de Sinistros

8.1 Para a Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (RIT-Acidente), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
- d) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
- e) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);

- f) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
  - g) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
  - h) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
  - i) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
  - j) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
  - k) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
  - l) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
  - m) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
  - n) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).
- 8.2 No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.
- 8.3 Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.
- 8.4 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.
- 8.5 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga a cada 30 dias, considerando o período de 30 (trinta), 60 (sessenta) e/ou 90 (noventa) dias, respeitando-se o limite de rendas e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.
- 8.6 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.
- 8.7 No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.
- 8.8 **Em caso de morte do segurado cessará o direito ao pagamento de renda, sendo que as rendas relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.**
- 8.9 A cessação do pagamento da renda ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de rendas, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.
- 8.10 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder a 03 (três) rendas.
- 8.11 Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de renda por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite de 03 (três) rendas, correspondente à vigência anterior.

**9. Despesas de Comprovação**

- 9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.
- 9.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

**10. Junta Médica**

- 10.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.
- 10.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- 10.3 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

**11. Disposições Gerais**

- 11.1 **Enquanto o segurado estiver recebendo as rendas contratadas por um determinado evento, não terá direito a outro, mesmo que seja em consequência de um novo sinistro.**
- 11.2 **Somente será reconhecido pela seguradora um novo sinistro se isto ocorrer após o segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior.**
- 11.3 **Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.**
- 11.4 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.
- 11.4.1 **Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.**
- 11.5 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.



## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE EMPREGO

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

### 3. Riscos Cobertos

- 3.1 Para fins desta cobertura, perda de emprego é a rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do empregador, desde que não motivado por justa causa conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) vigente no país.
- 3.2 Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais com vínculo empregatício.
- 3.3 O segurado deverá comprovar a permanência como empregado em uma mesma empresa nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores à data da perda do emprego, de forma ininterrupta, através de vínculo empregatício por contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, ou possuir registro em carteira de trabalho como empregado doméstico.

### 4. Riscos Excluídos

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

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

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

### 5. Capital Segurado

- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Perda de Emprego.
- 5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da perda do emprego.

### 6. Liquidação de Sinistros

- 6.1 Para a Cobertura de Perda de Emprego, os documentos básicos necessários são:
- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
  - b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
  - c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);



- d) Comprovante atualizado de endereço nominal ao segurado do mês do óbito (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) (cópia simples);
  - e) Páginas da carteira de trabalho (CPTS) do segurado que contêm o seguinte: identificação do segurado, último contrato de trabalho, rescisão e página posterior (cópia simples);
  - f) Termo de rescisão do contrato de trabalho (cópia simples);
  - g) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
  - h) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).
- 6.2 O pagamento da primeira parcela será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega à Seguradora da documentação mencionada no item acima, desde que o evento esteja coberto.
- 6.3 Se a condição (desemprego) prevalecer, os demais pagamentos serão cabíveis, respeitando o limite de rendas contratadas, conforme condições contratuais do seguro. Contudo cabe ao segurado apresentar documentação probatória da situação de desemprego para ter direito ao recebimento da próxima renda.
- 6.4 Caso não ocorra à comprovação da condição de desempregado no prazo de 30 (trinta) dias contados do último pagamento, entender-se-á que o desemprego não mais subsiste, cessando automaticamente os efeitos da presente cobertura.
- 7. Carência**
- 7.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se os limites estabelecidos no item “Carência e Franquia” das Condições Gerais.
- 7.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.
- 8. Disposições Gerais**
- 8.1 Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

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

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

### 3. Riscos Cobertos

- 3.1 **O reembolso das despesas médico hospitalares e odontológicas será efetuado ao próprio segurado, de acordo com os valores gastos, exclusivamente para o seu tratamento, em decorrência de acidente pessoal coberto, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do segurado.**
- 3.2 **Caberá ao segurado livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados nas especialidades das lesões/procedimentos.**
- 3.3 O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que existam vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

### 4. Riscos Excluídos

- 4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente:**
- a) **Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**
  - b) **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
  - c) **Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.;**
  - d) **Despesas relacionadas a estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhante;**
  - e) **Despesas com aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

### 5. Capital Segurado

- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item "Capital Segurado" das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente.
- 5.2 O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

**6. Liquidação de Sinistros**

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

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
- d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- f) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- g) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- h) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- i) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- j) Resultado dos exames médicos realizados que caracterizem as lesões decorrente exclusivamente do trauma documentado (cópia simples);
- k) Atendimento médico hospitalar do atendimento ao segurado constando o diagnóstico e conduta médica (cópia simples);
- l) Comprovantes originais das despesas com honorários médicos, hospitais, clínicas e de aquisição de medicamentos, devidamente acompanhados das receitas médicas (originais);
- m) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- n) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).

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

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

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

**7. Disposições Gerais**

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

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHO (DCF)

### 1. Riscos Cobertos

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

### 2. Definições

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

### 3. Riscos Cobertos

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

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

### 4. Riscos Excluídos

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

### 5. Capital Segurado

- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora ao segurado, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Doença Congênita de Filho, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do nascimento do filho portador da doença congênita.
- 5.3 O pagamento do capital será feito em parcela única.

### 6. Liquidação de Sinistros

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

- 6.2 Para a Cobertura de Doença Congênita de Filhos (DCF), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
- d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- f) Carteira de trabalho (CPTS) do segurado principal (cópia simples);

- g) Certidão de Nascimento do filho do segurado, portador da doença congênita (cópia simples);
  - h) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença congênita, sua evolução e os tratamentos realizados (original);
  - i) Todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico (cópia simples);
  - j) Declaração médica atestando que o filho não poderá exercer atividades profissionais em condições de igualdade com pessoas híginas (saudáveis), em decorrência da doença congênita de que é portador (original);
  - k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
  - l) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).
- 6.3 A seguradora reserva-se o direito de solicitar exames laboratoriais e especializados ou outros documentos necessários, bem como requerer perícia médica, para comprovação da doença que caracterize a cobertura.
- 6.4 Reconhecida a doença congênita pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.
- 7. Despesas de Comprovação**
- 7.1 As despesas efetuadas com a comprovação da doença congênita de filho são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a cobertura.
- 7.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.
- 8. Junta Médica**
- 8.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de malformações ou anomalias, bem como a avaliação da doença congênita relacionada ao filho do segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 8.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- 8.3 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 9. Disposições Gerais**
- 9.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

### 3. Riscos Cobertos

- 3.1 Considera-se o início da internação quando da comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente.
- 3.2 A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições contratuais.
- 3.3 Para fins desta cobertura entende-se:
- 3.3.1 Diária de Internação Hospitalar: é o valor escolhido pelo Estipulante, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.
- 3.3.2 Internação Hospitalar: é a internação em Hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

### 4. Riscos Excluídos

- 4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar (DIH):**
- a) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal - check-up e investigação diagnóstica;
  - b) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;
  - c) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
  - d) Cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;
  - e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
  - f) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
  - g) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
  - h) Internação hospitalar por motivo de convalescença;
  - i) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
  - j) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio **ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência inicial do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
  - k) Tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;
  - l) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;
  - m) Quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão; e



- n) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

## 5. Capital Segurado

- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Diária de Internação Hospitalar.
- 5.2 O capital segurado e a quantidade de diárias desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

## 6. Âmbito Geográfico

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

## 7. Franquia

- 7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.
- 7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data da internação hospitalar.

## 8. Liquidação de Sinistros

- 8.1 Para a Cobertura de Diária de Internação Hospitalar (DIH), os documentos básicos necessários são:
- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
  - b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
  - c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
  - d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
  - e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
  - f) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
  - g) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
  - h) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
  - i) Prontuário Médico comprovando a internação hospitalar (cópia simples);
  - j) Resultado dos exames médicos realizados (cópia simples);
  - k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
  - l) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).
- 8.2 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade da internação hospitalar, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.
- 8.3 Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observado o capital segurado contratado.



- 8.4 **Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a internação hospitalar durante um mesmo período.**
- 8.5 **Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de diárias contratadas, conforme previsto nas Condições Contratuais.**
- 8.6 A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.
- 9. Disposições Gerais**
- 9.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

## **CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (DIH-UTI)**

### **1. Objetivo da Cobertura**

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

### **2. Definições**

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

### **3. Riscos Cobertos**

- 3.1 Considera-se o início da internação quando da comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, ambas da unidade de terapia intensiva (UTI).
- 3.2 A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições contratuais.
- 3.3 Para fins desta cobertura entende-se:
- 3.3.1 Diária de Internação Hospitalar em UTI: é o valor escolhido pelo Estipulante, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de acidente pessoal coberto.
- 3.3.2 Internação Hospitalar em UTI: é a internação em Hospital em unidade de terapia intensiva com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

### **4. Riscos Excluídos**

- 4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura de Diária de Internação Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (DIH - UTI):**
- a) Hospitalizações em qualquer outro tipo de acomodação diferente de unidade de terapia intensiva (UTI);
  - b) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal - check-up e investigação diagnóstica;
  - c) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;
  - d) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
  - e) Cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;
  - f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
  - g) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
  - h) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
  - i) Internação hospitalar por motivo de convalescença;
  - j) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
  - k) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio (doença);
  - l) Tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;
  - m) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;

- n) Quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão; e
- o) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

## 5. Capital Segurado

- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Diária de Internação Hospitalar.
- 5.2 O capital segurado e a quantidade de diárias desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 5.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

## 6. Âmbito Geográfico

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

## 7. Franquia

- 7.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.
- 7.2 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 05 (cinco) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data da internação hospitalar de unidade de terapia intensiva (UTI).

## 8. Liquidação de Sinistros

- 8.1 Para a Cobertura de Diária de Internação Hospitalar (DIH), os documentos básicos necessários são:
  - a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
  - b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);
  - c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
  - d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
  - e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
  - f) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
  - g) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
  - h) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
  - i) Prontuário Médico comprovando a internação hospitalar em unidade de terapia intensiva (UTI) (cópia simples);
  - j) Resultado dos exames médicos realizados (cópia simples);
  - k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
  - l) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).

- 8.2 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade da internação hospitalar em unidade de terapia intensiva, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob estas Condições Especiais, em caso de recusa.
- 8.3 Reconhecida a ocorrência de sinistro coberto, a indenização será paga de uma só vez, observadas as despesas realizadas e o capital segurado contratado.
- 8.4 **Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que caracterize a incapacidade temporária durante um mesmo período.**
- 8.5 **Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a quantidade de diárias contratadas, conforme previsto nas Condições Contratuais.**
- 8.6 A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.
- 9. Disposições Gerais**
- 9.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS - MORTE

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

### 3. Riscos Cobertos

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

### 4. Riscos Excluídos

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

### 5. Capital Segurado

- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Despesas Emergenciais, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.
- 5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

### 6. Liquidação de Sinistros

- 6.1 Em caso de sinistro coberto por estas Condições Especiais, os documentos básicos a apresentar à Seguradora, de acordo com a natureza do evento, estão relacionados na condição especial da cobertura de morte.

### 7. Beneficiários

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

### 8. Disposições Gerais

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

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS – MORTE POR ACIDENTE

### 1. Objetivo da Cobertura

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

### 2. Definições

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

### 3. Riscos Cobertos

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

### 4. Riscos Excluídos

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

### 5. Capital Segurado

- 5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Despesas Emergenciais, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da ocorrência do acidente.
- 5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

### 6. Liquidação de Sinistros

- 6.1 Em caso de sinistro coberto por estas Condições Especiais, os documentos básicos a apresentar à Seguradora, de acordo com a natureza do evento, estão relacionados na condição especial da cobertura de morte.

### 7. Beneficiários

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

### 8. Disposições Gerais

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

## CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESPESAS EMERGENCIAIS POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

### 1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, causada por acidente pessoal devidamente coberto, sem prejuízo do pagamento do capital segurado contratado para a Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou a garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e observadas as demais condições contratuais.

### 2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

### 3. Riscos Cobertos

3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a seguradora pagará a indenização relativo ao capital segurado como auxílio às despesas para adaptação às novas condições de vida.

3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialização da lesão.

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

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

### 4. Riscos Excluídos

4.1 **As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro e nas condições especiais das coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).**

### 5. Capital Segurado

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

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

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

### 6. Liquidação de Sinistros

6.1 Para a Cobertura de Despesas Emergenciais por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, os documentos básicos necessários são:

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

b) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) do mês do sinistro (cópia simples);



- c) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de capital diferenciado para sócio/diretores (cópia simples);
- d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- f) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- g) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- h) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- i) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- j) Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
- k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- l) Ficha de registro de informações cadastrais conforme circular Susep (original).

## **7. Disposições Gerais**

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

## **CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)**

### **1. Objetivo da Cobertura**

1.1 Mediante a inclusão desta cláusula suplementar na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado estipulado ao segurado principal, em caso de morte de seu cônjuge, ou ao próprio cônjuge, em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente, durante a vigência desta cobertura e observadas as demais condições contratuais.

### **2. Definições**

2.1 Para efeito desta Cláusula Suplementar, considera-se cônjuge a pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como o(a) companheiro(a) do segurado principal, observada a legislação brasileira a respeito da união estável.

### **3. Garantias do Seguro**

3.1 Poderão ser contratadas para o cônjuge as coberturas de morte, morte acidental, invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA) e invalidez permanente total por acidente (IPTA).

3.2 As condições que regem as coberturas contratadas são Condição Especial da Cobertura de Morte, Condição Especial da Cobertura de Morte Acidental, Condição Especial da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Condição Especial da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

### **4. Riscos Excluídos**

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais e Especiais do seguro, exclui-se desta cláusula o cônjuge do segurado principal que faça parte do grupo segurado também na condição de segurado principal.**

### **5. Aceitação e Inclusão**

5.1 A inclusão de cônjuges no seguro será de forma automática, devidamente especificada no contrato, estando cobertos pelo seguro os cônjuges de todos os segurados principais.

### **6. Vigência**

6.1 O início de vigência do risco individual previsto nesta cláusula suplementar será:

- a) A data de início da cobertura do segurado principal, para cônjuges admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo; ou
- b) A data da inclusão desta cláusula no seguro, caso ocorra após o início de vigência da apólice.

6.2 Além das situações previstas nos itens “Cancelamento do Seguro” e “Cessaçãõ da Cobertura Individual” das Condições Gerais do seguro, o seguro do cônjuge terminará:

- a) Com a morte do cônjuge;
- b) Com a separação de fato, com a separação judicial, com o divórcio ou fim da união estável.

### **7. Capital Segurado**

7.1 O capital segurado para a Cobertura de Morte do cônjuge será definido no contrato, sendo expresso em percentual aplicável à Cobertura de Morte do segurado principal, não podendo exceder 100% (cem por cento) do capital contratado para esta última, obedecidas as disposições do item “Capital Segurado” das Condições Gerais para efeito de determinação do capital segurado individual.

7.2 Para efeito de determinação do capital segurado, na Cobertura de Morte, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do cônjuge, para as coberturas de invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA), invalidez permanente total por acidente (IPTA) e morte acidental, a data do acidente.

7.3 O pagamento do capital será feito em parcela única.

**8. Beneficiários**

- 8.1 No caso da morte de segurados dependentes, o beneficiário será o próprio segurado principal.
- 8.2 No caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA), invalidez permanente total por acidente (IPTA), o beneficiário será o próprio segurado dependente.

**9. Liquidação de Sinistros**

- 9.1 Conforme disposto nas Condições Gerais do seguro.

**10. Disposições Gerais**

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

## CLAUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

### 1. Objetivo da Cobertura

- 1.1 Mediante a inclusão desta cláusula suplementar na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado estipulado ao segurado principal em caso de morte de seu(s) filho(s) dependente(s) durante a vigência desta cobertura, observadas as demais condições contratuais.
- 1.2 A condição de dependência do(s) filho(s) será apurada conforme os critérios da regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

### 2. Definições

- 2.1 Para efeito desta Cláusula Suplementar, considera-se filhos dependentes do segurado principal, assim considerados conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.

### 3. Garantias do Seguro

- 3.1 Somente poderá ser contratada a Cobertura de Morte para o(s) filho(s).
- 3.2 Poderão também fazer parte do seguro os filhos dependentes do cônjuge do segurado principal, conforme a regulamentação do imposto de renda e/ou da previdência social.
- 3.3 **No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes originais, incluindo despesas com traslado.**
- 3.3.1 **Não estarão cobertas despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.**
- 3.4 **Quando ambos os pais forem segurados dentro de um mesmo grupo, cada filho estará segurado apenas uma vez, sendo considerado dependente daquele que possuir o maior capital segurado, e que será denominado segurado principal para fins desta cláusula.**

### 4. Riscos Excluídos

- 4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, exclui-se desta cláusula o filho do segurado principal que faça parte do grupo segurado também na condição de segurado principal.**

### 5. Aceitação e Inclusão

- 5.1 A inclusão de filhos no seguro ocorrerá de forma automática.

### 6. Vigência e Término do Risco Individual

- 6.1 O início de vigência do risco individual previsto nesta cláusula suplementar será:
- A data de início da cobertura do segurado principal; ou
  - A data da inclusão desta cláusula no seguro, caso ocorra após o início de vigência da apólice.
- 6.2 Além das situações previstas nos itens "Cancelamento do Seguro" e "Cessação da Cobertura Individual" das Condições Gerais do seguro, o seguro sob esta cláusula suplementar terminará com a perda da condição de dependência ou com a morte do filho.

### 7. Capital Segurado

- 7.1 O capital segurado para a Cobertura de Morte do filho será definido no contrato, sendo expresso em percentual aplicável à Cobertura de Morte do segurado principal, não podendo exceder 100% (cem por cento) do capital contratado para esta última, obedecidas as disposições do item "Capital Segurado" das Condições Gerais para efeito de determinação do capital segurado individual.
- 7.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do filho, segurado dependente.
- 7.3 O pagamento do capital será feito em parcela única.

**8. Beneficiários**

- 8.1 No caso da morte de filho segurado dependente, o beneficiário será o próprio segurado principal.
- 8.2 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referente as coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes aos herdeiros legais do segurado.

**9. Liquidação de Sinistros**

- 9.1 Conforme disposto nas Condições Gerais do seguro.

**10. Disposições Gerais**

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

**CLAUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO****1. Objetivo**

- 1.1 Seguradora e estipulante acordam que, mediante inserção desta Cláusula Suplementar no seguro, ao final de vigência da apólice haverá distribuição do excedente técnico porventura existente, de acordo com os critérios a seguir estabelecidos.

**2. Definições**

- 2.1 Excedente técnico é a diferença positiva entre as receitas e despesas da apólice, de um determinado período.
- 2.1.1 O período de apuração é composto por 12 (doze) meses a contar do início de vigência ou da data de aniversário anual da apólice.

**3. Critérios para a distribuição do excedente técnico**

- 3.1 Será distribuído ao estipulante, como excedente técnico, um percentual do saldo positivo da apólice livremente pactuado e constante da Proposta de Contratação e do Contrato firmado entre as partes.
- 3.2 A distribuição de excedentes técnicos fica condicionada à existência de uma média mensal mínima de vidas de segurados, pactuada no contrato, durante a vigência do seguro.**
- 3.3 A distribuição do excedente técnico será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- 3.4 Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice durante a vigência do contrato.

**4. Apuração do Resultado**

- 4.1 Consideram-se como receitas e despesas, para fins de apuração dos resultados técnicos:

## 4.1.1 Receitas:

- a) Prêmios líquidos de competência correspondente ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) Saldo da provisão de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados) do período anterior;
- d) Recuperação de sinistros do ressegurador.

## 4.1.2 Despesas:

- a) As comissões de corretagem, administração (pró-labore), agenciamento e outras pagas durante o período de apuração;
- b) Valor total dos sinistros ocorridos e avisados em qualquer época e as despesas de sinistros, ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma vez só os sinistros com pagamentos parcelados;
- c) Saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;
- d) As despesas efetivas de administração da apólice pela seguradora;
- e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período, conforme acordado com o estipulante;
- f) Prêmios de resseguro;
- g) Alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores.

4.2 As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) Do respectivo mês do pagamento, para prêmios e comissões;
- b) Do mês do aviso à seguradora, para os sinistros;
- c) Do respectivo mês de apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) Das datas em que incorreram, para as despesas de administração.

4.3 Os valores apurados como resultado técnico devem ser atualizados monetariamente pelo índice para atualização de valores previsto no item "Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro" das Condições Gerais do seguro, desde o término do período de apuração determinado no contrato, até a data de sua distribuição como excedente técnico.

4.4 Eventuais novos itens de receitas e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre seguradora e estipulante.

4.5 Todos os encargos incidentes sobre Prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de cálculo do Excedente Técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre Sinistros pagos em atraso que não tenha sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

## 5. Disposições Gerais

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