

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVOS
PROCESSO Nº 05.00089/00

1. CONCEITOS	5
2. OBJETIVO DO SEGURO	7
3. COBERTURAS DO SEGURO	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS	11
5. FORMA DE CONTRATAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	11
6. CONTRATAÇÃO	11
7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	12
8. CAPITAL SEGURADO	12
9. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	12
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	13
11. VIGÊNCIA E COBERTURA DO RISCO INDIVIDUAL	13
12. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO	13
13. EXCLUSÃO DO SEGURADO DA APÓLICE E CESSAÇÃO DAS COBERTURAS	13
14. PERÍODO DE TOLERÂNCIA DA COBERTURA DO SEGURO	14
15. CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO	14
16. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO	14
17. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	15
18. JUNTA MÉDICA	15
19. PERÍCIA MÉDICA	16
20. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	16
21. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	16
22. MODIFICAÇÕES DE RISCO	16
23. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO	17
24. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	17
25. DO FORO	18
26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	18
27. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	18
28. DISPOSIÇÕES FINAIS	18

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. CONCEITO DA COBERTURA	19
2. RISCOS EXCLUÍDOS	19
3. CAPITAL SEGURADO	19
4. FRANQUIA	19
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA	19
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	19
7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	19
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	20
9. DISPOSIÇÃO FINAL	20

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS EMERGENCIAIS

1. CONCEITO DA COBERTURA	21
2. OUTROS RISCOS COBERTOS	21
3. RISCOS EXCLUÍDOS	21
4. CAPITAL SEGURADO	21
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA	21
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	21
7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	21
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	21
9. DISPOSIÇÃO FINAL	21

COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. CONCEITO DA COBERTURA	23
2. FORMAS DE INCLUSÃO	23
3. CAPITAL SEGURADO	23
4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO	23
5. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO	23
6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	23
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA	23
8. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	23
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	23
10. DISPOSIÇÃO FINAL	23

COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. CONCEITO DA COBERTURA	24
2. FORMAS DE INCLUSÃO	24
3. CAPITAL SEGURADO	24
4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO	24

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	24
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	24
7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	24
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	24
9. DISPOSIÇÃO FINAL	24

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA COM OU SEM FRANQUIA - DOENÇA OU ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA	25
2. RISCOS EXCLUÍDOS	25
3. CAPITAL SEGURADO	25
4. CARÊNCIA	25
5. FRANQUIA	25
6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	25
8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	25
9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	25
10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	25
11. DISPOSIÇÕES FINAIS	25

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE

1. CONCEITO DA COBERTURA	28
2. RISCOS EXCLUÍDOS	28
3. CAPITAL SEGURADO	28
4. FRANQUIA	28
5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	28
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	28
7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	29
8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	29
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	30
10. DISPOSIÇÕES FINAIS	30

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E DOENÇA

1. CONCEITO DA COBERTURA	31
2. RISCOS EXCLUÍDOS	31
3. CAPITAL SEGURADO	31
4. CARÊNCIA	31
5. FRANQUIA	31
6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	31
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA	32
8. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	32
9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	32
10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	33
11. DISPOSIÇÃO FINAL	33

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA	34
2. RISCOS EXCLUÍDOS	34
3. CAPITAL SEGURADO	34
4. FRANQUIA	34
5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	34
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA	34
7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	34
8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	35
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	35
10. DISPOSIÇÃO FINAL	35

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CRÍTICAS - DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. CONCEITO DA COBERTURA	36
2. RISCOS EXCLUÍDOS	36
3. CAPITAL SEGURADO	36
4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO	36
5. CARÊNCIA	36
6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	36
7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	36
8. DISPOSIÇÃO FINAL	36

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CRÍTICAS - INFARTO DO MIOCÁRDIO

1. CONCEITO DA COBERTURA	37
2. RISCOS EXCLUÍDOS	37
3. CAPITAL SEGURADO	37
4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO	37

5. CARÊNCIA.....	37
6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	37
7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	37
8. DISPOSIÇÃO FINAL.....	37

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CRÍTICAS - FALÊNCIA DO RIM

1. CONCEITO DA COBERTURA.....	39
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	39
3. CAPITAL SEGURADO.....	39
5. CARÊNCIA.....	39
6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	39
7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	39
8. DISPOSIÇÃO FINAL.....	39

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CRÍTICAS - TRANSPLANTE DE ÓRGÃO VITAL

1. CONCEITO DA COBERTURA.....	40
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	40
3. CAPITAL SEGURADO.....	40
4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO	40
5. CARÊNCIA.....	40
6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	40
7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	40
8. DISPOSIÇÃO FINAL.....	40

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CRÍTICAS - PARALISIA

1. CONCEITO DA COBERTURA.....	41
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	41
3. CAPITAL SEGURADO.....	41
5. CARÊNCIA.....	41
6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	41
7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	41
8. DISPOSIÇÃO FINAL.....	41

COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - DOENÇA E ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA.....	42
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	42
3. CAPITAL SEGURADO.....	42
4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO	42
5. CARÊNCIA.....	42
6. FRANQUIA.....	43
7. INÍCIO DE VIGÊNCIA	43
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	43
9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	43
10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	43
11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	44
12. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	44

COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA.....	45
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	45
3. CAPITAL SEGURADO.....	45
4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO	45
5. FRANQUIA.....	45
6. INÍCIO DE VIGÊNCIA	45
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	45
8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	45
9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	46
10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	46
11. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	46

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE EMPREGO

1. CONCEITO DA COBERTURA.....	47
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	47
3. CAPITAL SEGURADO.....	47
5. CARÊNCIA.....	47
6. FRANQUIA.....	47
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	47
9. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	47
10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	48
11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	48
12. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	48

COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - DOENÇA E ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA	49
2. INÍCIO DE VIGÊNCIA	49
3. CESSAÇÃO DAS COBERTURAS	49
4. DO REEMBOLSO	49
5. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA	49
6. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	49
7. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA	50
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	50
9. DISPOSIÇÃO FINAL	50

COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA	51
2. INÍCIO DE VIGÊNCIA	51
3. CESSAÇÃO DA COBERTURA	51
4. DO REEMBOLSO	51
5. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA	51
6. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	51
7. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA	52
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	52
9. DISPOSIÇÃO FINAL	52

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL - DOENÇA OU ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA	53
2. CAPITAL SEGURADO	53
3. INÍCIO DE VIGÊNCIA	53
4. CANCELAMENTO DA COBERTURA	53
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	53
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURAS	53
7. DISPOSIÇÃO FINAL	53

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL - ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA	54
2. CAPITAL SEGURADO	54
3. INÍCIO DE VIGÊNCIA	54
4. CANCELAMENTO DA COBERTURA	54
5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	54
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	54
7. DISPOSIÇÃO FINAL	54

COBERTURA ADICIONAL CESTA BÁSICA - DOENÇA E ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA	55
2. CAPITAL SEGURADO E LIMITE DE INDENIZAÇÃO	55
3. INÍCIO DE VIGÊNCIA	55
4. CANCELAMENTO DA COBERTURA	55
5. BENEFICIÁRIOS	55
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	55
7. DISPOSIÇÃO FINAL	55

COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA - ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA	56
2. CAPITAL SEGURADO E LIMITE DE INDENIZAÇÃO	56
3. INÍCIO DE VIGÊNCIA	56
4. CANCELAMENTO DA COBERTURA	56
5. BENEFICIÁRIOS	56
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	56
7. DISPOSIÇÃO FINAL	56

1. CONCEITOS

1.1 Acidentes Pessoais

Para fins deste seguro, considera-se “acidente pessoal” o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial, do segurado ou torne necessário tratamento médico.

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

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

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

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

1.2 Apólice

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

1.3 Atividade Profissional

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

1.4 Beneficiário

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

1.5 Capital Segurado

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

1.6 Carência

É o período contínuo de tempo durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

1.7 Certificado Individual

É o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do proponente como segurado, a renovação do seguro, ou a alteração de valores do capital segurado ou prêmio.

1.8 Coberturas

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.

1.9 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem e particularizam a contratação do seguro, indicando as características únicas para cada grupo segurado, bem como aspectos operacionais do seguro.

1.10 Condições Especiais

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

1.11 Condições Gerais

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

1.12 Comoriência

É quando dois ou mais indivíduos falecem na mesma ocasião, não se podendo averiguar qual deles morreu primeiro. Neste caso, presumir-se-ão simultaneamente o falecimento.

1.13 Corretor de Seguro

É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, habilitado e registrado na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) que foi escolhido pelo Estipulante para intermediar e promover a contratação de seguros.

1.14 Doenças e/ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências

São as doenças ou lesões, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

1.15 Doenças Críticas

Para efeito deste seguro, são consideradas Doenças Críticas: Diagnóstico de Câncer, Infarto do Miocárdio, Derrame Cerebral, Falência do Rim, Transplante de Órgão Vital e Paralisia.

1.16 Dolo

É o ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

1.17 Estipulante

É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata a apólice, ficando investida dos poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor, perante a Sociedade Seguradora.

1.18 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.

1.19 Evento Prazo Curto

Evento realizado pelo estipulante, por prazo curto e determinado, com local definido e para o qual a cobertura do seguro é contratada.

1.20 Excedente Técnico

É a diferença positiva entre as receitas e despesas da Apólice, no período de 12 (doze) meses a contar do início de vigência ou da data do aniversário anual da Apólice.

1.21 Franquia

Participação obrigatória do Segurado, expressa em valor monetário ou quantidade de dias estabelecidas no contrato de seguro, dedutível em cada evento reclamado por ele e coberto pela apólice.

1.22 Grupo Segurado

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

1.23 Grupo Segurável

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em perfeitas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato do Seguro.

1.24 Hospital

É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no Exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar: clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamentos para drogas ou álcool, exceto de casos previamente autorizados pela Seguradora.

1.25 Indenização

Valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

1.26 Índice de Aceitação e Manutenção

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

1.26.2 Os índices de aceitação e manutenção, para cada grupo segurado, serão estipulados pela Seguradora e constarão nas Condições Contratuais do Seguro.

1.27 Início de Vigência

É a data a partir da qual as Coberturas de risco contratadas serão garantidas pela Seguradora.

1.28 Internação Hospitalar

É a internação em Hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

1.29 Limite Máximo de Indenização

É o valor máximo a ser pago em decorrência de um ou mais sinistros ocorridos durante a vigência da apólice, respeitando o valor do capital segurado de cada cobertura contratada.

1.30 Limite Técnico

É o limite de capital segurado que a Seguradora assumirá em cada seguro específico, o qual é determinado pela própria Seguradora.

1.31 Lotação Oficial

É a lotação oficial do veículo de acordo com o documento expedido pelo órgão regulador.

1.32 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, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

1.33 Movimento de Faturas

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

1.33.2 Tal documento deve ser enviado, obrigatoriamente, sempre que ocorrer uma das situações mencionadas no subitem 1.33.1.

1.34 Nota Técnica Atuarial

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

1.35 Passageiro

Consideram-se passageiros todas as pessoas que estiverem sendo transportadas em veículo(s), discriminado(s) na especificação da apólice do respectivo estipulante, e devidamente licenciados para o transporte de pessoas, inclusive o motorista, limitado ao número da lotação oficial sentados e em pé (em caso de transporte urbano e interurbano) desde que respeitando a capacidade oficial do órgão regulamentador.

1.36 Patologista

É o médico especialista na área de patologia, ou seja, no ramo da medicina voltado para o estudo da natureza das doenças e das modificações estruturais e funcionais que elas provocam no organismo.

1.37 Perícia Médica

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

1.38 Período de Cobertura

É o período fixado no Contrato do Seguro durante o qual o segurado ou os beneficiários farão jus aos benefícios do plano contratado.

1.39 Prêmio

É a importância paga, pelo segurado ou estipulante à Seguradora, para que esta garanta o risco contratado.

1.40 Processo SUSEP

É o registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.

1.41 Proponente

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

1.42 Proposta de Adesão

É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta de adesão faz parte integrante do Contrato de Seguro, desde que o risco seja aceito pela Seguradora.

1.43 Proposta de Contratação

É o documento mediante o qual o Estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as coberturas e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas Condições Gerais. A proposta de contratação faz parte integrante do Contrato do Seguro, desde que o risco seja aceito pela Seguradora.

1.44 Risco Decorrido

É aquele em que o prêmio do seguro é pago somente após o risco já ter passado, sendo prestada a cobertura pela Seguradora antecipadamente. O fato de não ter ocorrido o sinistro, ou seja, de não ter ocorrido evento coberto, não exime a obrigação de pagamento do prêmio.

1.45 Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.

1.46 Renda Certa

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

1.46.2 Essa forma de indenização é cabível no pagamento das coberturas contratadas e será feita em no máximo 24 (vinte e quatro) parcelas, distribuídas por um período, determinado antecipadamente pelo segurado na contratação do seguro.

1.47 Segurado Principal

É a pessoa física, que mantém vínculo com o Estipulante, habilitada a ser incluída na apólice de seguro, cujo limite de idade estará previsto nas Condições Contratuais, quando do protocolo da proposta de adesão na Seguradora.

1.48 Segurado Dependente

Trata-se de cônjuge/companheiro(a) e os filhos do segurado principal, regularmente incluídos no seguro. São considerados e/ou equiparados a filhos do segurado principal, os filhos menores de 21 anos ou menores de 24 anos, se universitário

1.49 Seguradora

É a pessoa jurídica legalmente constituída, que emite a apólice, assumindo o risco de indenizar o beneficiário/segurado caso ocorra um dos eventos cobertos pelo seguro.

1.50 Seguro Contributário

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

1.51 Seguro Não Contributário

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

1.52 Seguro Parcialmente Contributário

O prêmio é pago parcialmente pelos segurados e Estipulante conforme os percentuais acordados entre as partes.

1.53 Sinistro

É a ocorrência de um evento danoso, que, desde que esteja expressamente previsto nas Condições Gerais, observadas suas Condições Contratuais, Suplementares e Especiais, será indenizado pela Seguradora, respeitados os limites de cobertura contratados.

1.54 Vigência da Cobertura Individual

É o período expressamente definido nas Condições Contratuais, em que o segurado estará coberto pelo seguro.

1.55 Vigência do Seguro

É o período de tempo fixado nas Condições Contratuais para a validade do seguro ou das coberturas contratadas.

2. OBJETIVO DO SEGURO

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

3. COBERTURAS DO SEGURO

As coberturas dividem-se em básicas e adicionais.

3.1 São consideradas coberturas básicas:

- a) Morte Acidental;
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente.

3.2 São consideradas coberturas adicionais:

- a) Cobertura Adicional de Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas;
- b) Cobertura Adicional de Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas Emergenciais;
- c) Cobertura Adicional de Inclusão de Cônjuge;
- d) Cobertura Adicional de Inclusão de Filhos
- e) Cobertura Adicional de Diária de Incapacidade Temporária com ou sem Franquia Reduzida por Doença ou Acidente;
- f) Cobertura Adicional de Diária de Incapacidade Temporária com ou sem Franquia Reduzida por Acidente;
- g) Cobertura Adicional de Diária de Internação Hospitalar por Doença ou Acidente;
- h) Cobertura Adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente;
- i) Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Diagnóstico de Câncer;
- j) Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Infarto do Miocárdio;
- k) Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Derrame Cerebral;
- l) Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Falência do Rim.
- m) Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Transplante de Órgão Vital;
- n) Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Paralisia;
- o) Cobertura Adicional de Renda por Incapacidade Temporária por Doença e Acidente;
- p) Cobertura Adicional de Renda por Incapacidade Temporária por - Acidente;
- q) Cobertura Adicional de Perda de Emprego;
- r) Cobertura Adicional de Assistência Funeral por Doença e Acidente;
- s) Cobertura Adicional de Assistência Funeral por Acidente;
- t) Cobertura Adicional de Auxílio Funeral por Doença e Acidente;
- u) Cobertura Adicional de Auxílio Funeral por Acidente;
- v) Cobertura Adicional de Cesta Básica por Doença ou Acidente
- w) Cobertura Adicional de Cesta Básica por Acidente.

3.3 As coberturas a serem contratadas estarão especificadas nas Condições Contratuais.

3.4 É obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas Básicas para que seja possível a contratação de quaisquer das Coberturas Adicionais citadas no item 3.2.

3.5 As Coberturas Adicionais, quando contratadas, deverão ser concedidas para a totalidade do grupo segurado, não sendo permitida a exclusão de eventuais Coberturas individualmente.

3.6 O capital segurado da Cobertura Adicional de Inclusão de Cônjuge, somente poderá ser contratada, quando houver a contratação da Cobertura Básica de Morte Acidental.

3.6.1 A Cobertura Adicional de Inclusão de Filhos, somente poderá ser contratada, quando houver a contratação da Cobertura Adicional de Cônjuge na forma automática.

3.6.2 O capital segurado das Coberturas Adicionais de Cônjuge e Filhos, não poderá exceder o capital segurado contratado pelo Segurado principal;

3.7 As coberturas previstas nos itens 3.1 e 3.2, quando contratadas, deverão respeitar as disposições adiante transcritas.

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

- A Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente;
- A Cobertura Adicional de Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas com a Cobertura Adicional de Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas Emergenciais;
- A Cobertura Adicional de Diária de Incapacidade Temporária com ou sem Franquia Reduzida por Doença ou Acidente com a Cobertura Adicional de Diária de Incapacidade Temporária com ou sem Franquia Reduzida por Acidente;
- A Cobertura Adicional de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente com a Cobertura Adicional de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente;
- As Coberturas Adicionais de Diária de Incapacidade Temporária com as Coberturas Adicionais de Renda por Incapacidade Temporária;
- A Cobertura Adicional de Perda de Emprego com as Coberturas Adicionais de Renda por Incapacidade Temporária;
- As Coberturas Adicionais de Assistência Funeral com as Coberturas Adicionais de Auxílio Funeral;
- A Cobertura Adicional de Auxílio Funeral por Doença ou Acidente com a Cobertura Adicional de Auxílio Funeral por Acidente;
- A Cobertura Adicional de Assistência Funeral por Doença ou Acidente com a Cobertura Adicional de Assistência Funeral por Acidente;
- A Cobertura Adicional de Cesta Básica por Doença ou Acidente com a Cobertura Adicional Cesta Básica por Acidente; e
- A Cobertura Adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente e Doença com a Cobertura Adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente.

3.8 Morte Acidental

3.8.1 Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às condições contratuais.

3.9 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

3.9.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, observando também o Contrato do Seguro e os riscos excluídos, desde que esteja terminado o tratamento e esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e, quando da alta médica definitiva, a invalidez permanente esteja avaliada e constatada.

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

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% S/AIMP. SEGURADA			
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos.	100			
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100			
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100			
	Perda total do uso de ambas as mãos	100			
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100			
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100			
	Perda total do uso de ambos os pés	100			
	Alienação mental total incurável	100			
	PARCIAL	DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30	
			Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70	
Surdez total incurável de ambos os ouvidos			40		
Surdez total incurável de um dos ouvidos			20		
Mudez incurável			50		
Fratura não consolidada do maxilar inferior			20		
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral			20		
Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral			25		
PARCIAL			MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
				Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50			
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30			
	Anquilose total de um dos ombros	25			
	Anquilose total de um dos cotovelos	25			
	Anquilose total de um dos punhos	20			
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive metacarpiano	25			
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive metacarpiano	18			
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9			
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15			
	Perda total de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12			
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9			
	Perda total de uso qualquer falange, excluídas as dos polegares: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.				
	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 tibio-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 do quadril	20		
		Perda total de um dos pés, ou seja, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25		
		Amputação do 1º (primeiro) dedo	10		
		Amputação de qualquer outro dedo	3		
		Perda total do uso de uma falange do 1º dedo indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo			
		Encurtamento de um dos membros inferiores			
		- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15		
	- de 4 (quatro) centímetros	10			
- de 3 (três) centímetros	6				
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização					

IMPORTANTE

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

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

3.9.5 Na falta de indicação da porcentagem de redução e, sendo informado apenas o grau desta redução (máximo, médio e mínimo), o capital segurado será calculado, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

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

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

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

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

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

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

3.9.11 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico

que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

3.9.13 No caso de menores, a indenização por invalidez permanente será paga conforme a seguir:

- a) pessoas de idade inferior a 16 (dezesseis) anos - a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente representado por seu pai ou representante, e
- b) pessoas de idade a partir de 16 (dezesseis) e inferior a 18 (vinte e um) anos - a indenização será paga em nome do menor Segurado, devidamente assistido por seus pais ou tutores;

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

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

3.9.16 RISCOS COBERTOS

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

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

3.9.17 INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

3.9.17.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica.

3.9.17.2 Quando esta cobertura adicional não integrar as condições iniciais da apólice, o início de vigência será a partir da data da contratação.

3.9.17.3 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual.

3.9.18 EXTINÇÃO DA COBERTURA

3.9.18.1 A cobertura extingue-se:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cobertura adicional;
- c) com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;
- d) com a ocorrência da Morte;
- e) com o esgotamento do capital segurado, conforme

determinado nas Condições Contratuais.

f) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice; e

g) com o pagamento do capital segurado referente a Invalidez Total e Permanente.

3.10 Invalidez Permanente Total por Acidente

3.10.1 A presente cobertura tem por objetivo garantir, mediante pagamento de prêmio adicional e dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, o pagamento de uma indenização relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva e total, de um membro ou órgão, por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, desde que esteja terminado o tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, depois de constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva.

3.10.1.1 Para fins desta cobertura, considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente à perda, redução ou impotência funcional definitiva e total, de um membro ou órgão, por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

3.10.2 As indenizações por Morte e Invalidez Permanente não se acumulam, visto que depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, esgota-se o Capital Segurado.

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

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

3.10.4 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, o capital segurado será limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado garantido por esta cobertura.

3.10.5 A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao capital segurado, salvo quando previamente declarado pelo Segurado no momento da contratação do seguro, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, comprovado mediante laudo médico informando o grau de perda funcional.

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

3.10.7 A constatação da Invalidez Permanente por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por

profissional habilitado na sua especialização. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

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

3.10.9 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

3.10.11 No caso de menores, a indenização por invalidez permanente será paga conforme a seguir:

a) pessoas com idade inferior a 16 (dezesseis) anos - a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente representado por seu pai ou representante, e

b) pessoas com idade entre de 16 (dezesseis) e 18 (vinte e um) anos - a indenização será paga em nome do menor Segurado, devidamente assistido por seus pais ou tutores.

3.10.12 O capital segurado desta cobertura não se acumula em consequência de um mesmo evento com o capital das coberturas de Morte e Morte Acidental.

3.10.13 RISCOS COBERTOS

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

a) ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;

c) choque elétrico e raio;

d) contato com substâncias ácidas e corrosivas;

e) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

f) infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e,

g) queda na água ou afogamento.

3.10.14 INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

3.10.14.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica.

3.10.14.2 Quando esta cobertura adicional não integrar as condições iniciais da apólice, o início de vigência será a partir da data da contratação.

3.10.14.3 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual.

3.10.15 EXTINÇÃO DA COBERTURA

3.10.15.1 A cobertura extingue-se:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o cancelamento desta cobertura adicional;
- c) com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da cobertura;
- d) com a ocorrência da Morte;
- e) com o esgotamento do capital segurado, conforme determinado nas Condições Contratuais.
- f) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice; e
- g) com o pagamento do capital segurado referente à Invalidez Total e Permanente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

- a) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;
- b) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- c) de quaisquer acidentes citados no item 4.1, alíneas "a" e "b";
- d) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado provier de meio de transporte mais arriscado. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

e) quaisquer conseqüências 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.

Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando seqüelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética. Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico, ficando a cargo do juiz no processo o reconhecimento da existência de tal dano bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, devendo ser sempre caracterizado como uma punição que se direciona especificamente contra o efetivo causador dos danos.

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

c) perdas e danos decorrentes, direta ou indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.

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

5. FORMA DE CONTRATAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 Uniforme

O capital Segurado é igual para todos os segurados.

5.2 Múltiplo Salarial

O capital segurado é resultante da multiplicação do salário mensal do segurado pelo fator contratado.

5.3 Livre Escolha

Consiste na escolha do Capital Segurado pelo Estipulante ou pelo próprio Segurado, no ato da assinatura da Proposta de Adesão.

6. CONTRATAÇÃO

6.1 Consideram-se contratado o seguro quando a Proposta de Contratação, devidamente preenchida e assinada sob carimbo, pelo

Estipulante, for aceita pela Seguradora, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

6.2 É obrigatória a apresentação de Proposta de Adesão para:

- a) Análise e aceitação de inclusão de novos Segurados.
- b) Alterações de capitais; e
- c) Inclusão de Coberturas Adicionais.

6.3 O Estipulante deverá encaminhar mensalmente o Movimento de Faturas, para atualização dos Segurados e seus respectivos capitais.

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

7.1 Para que haja a aceitação dos proponentes seguráveis por parte da Seguradora, será necessário o preenchimento obrigatório da proposta de adesão, sempre se observando que o proponente deverá ter vínculo com o estipulante, respeitando os limites previstos nas Condições Contratuais e as boas condições de saúde para ingresso.

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

7.2 A aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão pela Seguradora, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem em modificações dos riscos originalmente aceitos.

7.2.1 Caso seja solicitado documentos complementares, o prazo de aceitação de 15 (quinze) dias ficará suspenso a partir da solicitação, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Seguradora.

7.2.2 A solicitação de documentos complementares, para análise de aceitação do risco ou da alteração da proposta de adesão, poderá ser feita apenas uma vez, durante o referido prazo.

7.3 A inexistência de manifestação expressa da Seguradora dentro do prazo de 15 dias, implicará na aceitação automática do Seguro.

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

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

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

8. CAPITAL SEGURADO

8.1 O capital segurado contratado para cada cobertura constará no certificado do seguro e o valor correspondente a importância máxima

a ser paga ou reembolsada pela Seguradora, na ocorrência de evento coberto pela apólice será expresso em moeda corrente nacional.

8.2 A importância máxima a ser paga ao Beneficiário será conforme os limites e condições estabelecidas no contrato de seguro e vigente na data do evento.

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

8.4 Para efeito de determinação do capital segurado consideram-se como data do sinistro, para a cobertura de Invalidez por Acidente, a data da ocorrência do acidente.

8.5 O capital segurado máximo individual para este Seguro estará determinado nas Condições Contratuais do seguro.

9. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

9.1 O custeio do Seguro pode ser:

- a) Não contributivo;
- b) Contributivo;
- c) Parcialmente contributivo.

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

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

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

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

9.5 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura que o pagamento se refere.

9.6 Quando a data limite para o pagamento dos prêmios coincidir com dia em que não haja expediente bancário ou fim de semana, o pagamento da parcela do prêmio deverá ser efetuado até o primeiro dia útil, posterior ao vencimento. A mesma regra será aplicada para os casos de pagamento de seguro à vista.

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

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

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

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

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1 A vigência será determinada nas Condições Contratuais, sendo facultada a contratação por prazo curto, anual ou plurianual.

10.2 Se a proposta houver sido recepcionada pela Seguradora sem adiantamento do prêmio, o início da vigência coincidirá com a data da aceitação, se outra não for fixada expressamente e de comum acordo entre as partes nas condições particulares.

10.3 Se a proposta de contratação houver sido recepcionada pela Seguradora com o adiantamento do prêmio, o início de vigência coincidirá com a data da recepção da proposta.

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

10.5 As renovações posteriores serão feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação poderá ser feita quantas vezes se fizerem necessária.

10.6 Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

10.7 Para apólices com vigência inferior a 01 (um) ano não ocorrerá à renovação automática.

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

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

10.10 A renovação deste seguro também poderá ficar condicionada a alterações nas coberturas, prêmios e condições de aceitação, conforme determinado nas Condições Contratuais, desde que observado o período disposto no item 10.4.

11. VIGÊNCIA E COBERTURA DO RISCO INDIVIDUAL

11.1 A cobertura do seguro e a vigência do risco individual terão início, conforme critérios estabelecidos nos itens 10.2 e 10.3.

11.2 As condições de renovação ou não do seguro serão estabelecidas no Contrato do Seguro.

11.3 Para os seguros de Acidentes Pessoais Passageiros, a vigência do risco individual inicia-se no momento do ingresso do passageiro no

veículo e o término ocorrerá no momento da saída do passageiro do interior do veículo ou na ocorrência de um sinistro previsto nas Condições Especiais.

12. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

12.1 Os capitais segurados, bem como os prêmios deste Seguro, serão atualizados anualmente, conforme data estipulada no Contrato do Seguro, pelo índice do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas). Se o índice a ser utilizado for negativo para o período apurado, os valores dos capitais segurados e dos respectivos prêmios permaneceram inalterados.

12.2 Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio ou da contribuição até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

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

12.3.1 Nos casos em que a forma de custeio do seguro for contributivo, a alteração do capital segurado dependerá de anuência expressa de Segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

12.4 Além da atualização monetária, o valor dos prêmios sofrerá acréscimo periodicamente em decorrência da mudança de faixa etária do segurado, se contratada por esta forma, conforme especificado nas Condições Contratuais, e conseqüente aumento do risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do plano.

12.5 Em caso de alteração, extinção ou vedação do índice de atualização até então adotado, serão efetivados os procedimentos determinados pelos órgãos públicos competentes, ficando as presentes disposições imediatamente enquadrados às novas determinações.

12.6 Se, eventualmente, não forem definidos pelos órgãos públicos os procedimentos competentes, a Seguradora adotará aqueles mais adequados aos interesses dos Segurados, preservando, concomitantemente, a integridade econômico-financeira da Seguradora. Estabelecidos aqueles procedimentos, os competentes ajustes e compensações serão imediatamente efetivados.

12.7 Os capitais segurados pagos, referente às Coberturas Adicionais de Perda de Emprego, Renda por Incapacidade Temporária, Diária de Incapacidade Temporária e Diária por Internação Hospitalar, serão pagos a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base nos índices mencionados no item 12.1. Este valor será acrescido pelo resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada ao capital segurado.

13. EXCLUSÃO DO SEGURADO DA APÓLICE E CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

13.1 Respeitando o tempo de cobertura proporcional ao prêmio pago, o segurado será excluído da apólice, e as coberturas do seguro cessarão imediatamente se:

a) o Segurado Titular solicitar a sua exclusão da apólice;

- b) a apólice de seguro não for renovada ao final de sua vigência;
- c) a apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, por acordo entre as partes;
- d) o Segurado Titular perder o vínculo com o Estipulante;
- e) o Estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio até o seu vencimento, observado o item 14 destas Condições Gerais;
- f) com o esgotamento do Capital Segurado contratado, ou seja, quando a Seguradora indenizar o valor total descrito na apólice;
- g) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice; ou
- h) com a ocorrência da Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente.

13.1.1 O disposto na alínea f do item 13.1 se aplica para as coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente.

13.2 O Segurado será excluído da apólice e as Coberturas do seguro cessarão imediatamente se:

- a) ocorrer à morte do Segurado;
- b) o Segurado agravar intencionalmente o risco;
- c) o Segurado, ou seus beneficiários, ou os representantes de ambos, fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela Seguradora;
- d) o Segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros intencionalmente fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influído na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio.

13.3 O Segurado Dependente será excluído da apólice e as coberturas do seguro cessarão imediatamente:

- a) com a cessação da cobertura do Segurado Titular;
- b) com a morte ou exclusão do Segurado Titular;
- c) no caso de cessação da condição de dependente;
- d) a pedido do Segurado Titular;
- e) quando o Segurado Dependente for cônjuge do Segurado Titular, com a separação judicial ou divórcio; quando for companheiro, com a solicitação escrita de cancelamento feita pelo Segurado Titular;
- f) quando os Segurados Dependentes forem incluídos na apólice como Segurados Titulares;
- g) quando o Segurado Dependente for filho ou dependente do Segurado Titular, ou filho do companheiro ou do cônjuge do segurado Titular, com a cessação de dependência, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda;
- h) quando o Segurado Dependente for filho do cônjuge do Segurado Titular, com a separação judicial ou o divórcio dos cônjuges;
- i) quando o Segurado Dependente for filho do companheiro do Segurado Titular, com o cancelamento do registro de dependência da mãe e/ou pai.

13.4 Ficam extintas/canceladas as Coberturas adicionais de Incapacidade Temporária, quando contratadas, a partir da data em que o Segurado estiver inválido total e permanentemente, deixando de ser cobrado, a partir de então, os prêmios relativos a tais Coberturas.

14. PERÍODO DE TOLERÂNCIA DA COBERTURA DO SEGURO

14.1 Quando o prêmio do seguro não for quitado até a data estabelecida para o pagamento, as coberturas do Seguro permanecerão cobertas pelo período de 90 (noventa dias), nos termos do item 15.

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

15. CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO

15.1 Caso, não seja efetuado o pagamento dos prêmios depois de decorrido o prazo máximo de 90 (noventa) dias a contar da primeira inadimplência, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

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

15.1.2 Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à Cobertura do seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

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

15.2.1 No caso do item 15.2, a Seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

15.3 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, cancela-se automaticamente a cobertura do seguro, nas seguintes situações:

- a) no final do prazo de vigência; ou
- b) se este não for renovado;

15.3.1 Em qualquer das situações acima se dá automaticamente o cancelamento do Contrato do Seguro sem restituição dos prêmios.

15.4 Caso se verifique a impossibilidade de manutenção do grupo pela alteração da natureza dos riscos e não havendo acordo entre as partes quanto a reavaliação do prêmio, a apólice será cancelada mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

15.4.1 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob alegação de alteração na natureza dos riscos.

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

16. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

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

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

16.1.2 É de total responsabilidade do Estipulante informar e colher a anuência dos Segurados que representem ¾ (três quartos) do grupo, sempre que necessário.

17. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

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

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

17.5 Em caso de Morte Acidental do Segurado:

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo Estipulante ou Beneficiário, no campo Informações do Segurado, em caso de acidente;
- b) Comprovante de vínculo entre o Estipulante e o Segurado;
- c) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- d) Cópia simples do RG ou outro documento de identificação e CPF do Segurado e do(s) beneficiário(s);
- e) Cópia simples e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;
- f) Declaração de Únicos Herdeiros (original);
- g) Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópia simples da Certidão de Nascimento dos(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de residência;
- h) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i) Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
- j) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo;
- k) Cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso; e,
- l) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

17.6 Em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Segurado ou seu representante e médico assistente;
- b) Comprovante de vínculo entre o Estipulante e o Segurado;
- c) Cópia simples do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
- e) Documento original do atestado de alta médica definitiva, informando as seqüelas deixadas pelo acidente, discriminando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado;
- f) Documentos originais de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo; e
- h) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.
- i) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso; e
- j) Laudo Conclusivo de Exame de corpo de delito elaborado pelo IML;

17.7 Em Caso de Invalidez Permanente Total por Acidente

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante e Médico Assistente (original);
- b) Comprovante de vínculo entre o Estipulante e o Segurado;
- c) Cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
- e) Documento original do atestado de alta médica definitiva, informando as seqüelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membro lesado, com o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado;
- f) Documentos originais de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- g) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;
- h) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.
- i) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso; e
- j) Laudo Conclusivo de Exame de corpo de delito elaborado pelo IML.

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

17.9 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

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

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

17.11 A constatação da Invalidez Permanente conforme definida nos subitens 3.9 e 3.10 se fará por declaração médica subscrita por profissional, devidamente habilitado na sua especialização e eventual perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

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

18. JUNTA MÉDICA

18.1 Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, relacionadas ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

18.2 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.

18.3 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.

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

18.5 Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

19. PERÍCIA MÉDICA

19.1 O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

19.2 Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

19.3 Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

20. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

20.2 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

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

20.3.1 O valor da renda será atualizado anualmente, no mês em que ocorreu o evento causador do sinistro, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), acumulado nos últimos 12 meses que antecedem o mês de atualização, além da aplicação de juros de até 6% (seis por cento) ao ano.

20.3.2 Além da atualização monetária prevista no subitem 20.3.1, ao valor da renda será acrescido o montante resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, e a atualização anual aplicada às rendas.

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

20.5 Se o pagamento da Indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante nos subitens 17.5, 17.6 e 17.7, aplicar-se-á, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, correção monetária pelo índice estabelecido no item 12, considerando-se a variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, mais juros de mora de 6% ao ano a partir dessa data.

21. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

21.1 Fica prejudicado o direito à indenização se:

- a) o segurado agravar intencionalmente o risco;
- b) o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizerem declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do prêmio;
- c) houver fraude ou tentativa de fraude simulando sinistro ou agravando suas conseqüências;
- d) houver a inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro; e
- e) houver a inobservância da cláusula 19 (Modificações de Risco) por parte do Segurado.

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

21.2.1 Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

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

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

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

22. MODIFICAÇÕES DE RISCO

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

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

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

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

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

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

22.3.3 O cancelamento do seguro em razão da situação descrita no subitem 22.3.2 só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

22.4 A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicará na perda ao direito da indenização do Seguro, conforme previsto no artigo 769 do Novo Código Civil que dispõe sobre o dever do Segurado em comunicar ao Segurador todo incidente que de qualquer modo possa agravar o risco.

23. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

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

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

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

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

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

23.4.1 Na falta das pessoas indicadas no subitem 23.4, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

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

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

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

24. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

24.1 O seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre.

24.1.1 O disposto no no item 24.1 não se aplica às coberturas de Renda por Perda de Emprego, as Diárias por Incapacidade Temporária, as Rendas por Incapacidade Temporária e as Diárias por Internação Hospitalar, quando contratadas, onde a cobertura ficará restrita para eventos ocorridos em Território Nacional.

24.2 Para os seguros contratados com vigência inferior a 1 (um) ano a cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local do Evento Prazo Curto, em território nacional, conforme o Contrato de Seguros.

24.3 Para os seguros de Acidentes Pessoais Passageiros, a cobertura é válida somente se o acidente causador do evento ocorrer dentro do veículo, conforme Contrato do Seguro.

25. DO FORO

25.1 Fica estabelecido que as questões judiciais, entre o Estipulante, segurado ou beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Estipulante, do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

25.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no subitem 25.1.

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

27. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

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

- a) fornecer para Seguradora todas as informações necessárias previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais necessários para análise e aceitação do risco;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, das alterações na natureza do risco coberto, bem como de quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao Segurado sempre que solicitado qualquer informação relativa ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução 107/04, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à Seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;

- h) entregar aos segurados os certificados individuais;
- i) comunicar de imediato à Seguradora tão logo tome conhecimento à ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- j) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para liquidação de sinistros;
- l) comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- m) fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;
- n) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.
- o) o pagamento em dia dos prêmios, o fornecimento da documentação para liquidação de sinistro e informar à Seguradora quando da inclusão e/ou exclusão de segurados, por meio do formulário de "Movimento de Faturas";
- p) manter atualizados e fornecer, sempre que solicitado informações cadastrais e/ou documentos pessoais dos segurados, necessários para atendimento à Circular Susep nº 327/2006 referente à prevenção do crime de lavagem de dinheiro ou norma que a substitua;
- q) obter anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo ¾ (três quartos) do grupo segurado, para os casos de rescisão, renovação ou alteração do Seguro que implique ônus ou dever adicional aos Segurados; e

27.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante, nos seguros contributários:

- cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela sociedade seguradora;
- rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de Cobertura direta a estes produtos.

27.3 Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à Cobertura do seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

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

28. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

28.4. Não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado.

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

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

COBERTURAS ADICIONAIS

- a) Cobertura Adicional de Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas;
- b) Cobertura Adicional de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas Emergenciais;
- c) Cobertura Adicional de Inclusão de Cônjuge;
- d) Cobertura Adicional de Inclusão de Filhos;
- e) Cobertura Adicional de Diária de Incapacidade Temporária com ou sem Franquia Reduzida - Doença e Acidente;
- f) Cobertura Adicional de Diária de Incapacidade Temporária com ou sem Franquia Reduzida - Acidente;
- g) Cobertura Adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente e Doença;
- h) Cobertura Adicional de Diária de Internação Hospitalar por Acidente;
- i) Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Diagnóstico de Câncer;
- j) Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Infarto do Miocárdio;
- k) Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Derrame Cerebral;
- l) Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Falência do Rim;
- m) Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Transplante de Órgão Vital;
- n) Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Paralisia;
- o) Cobertura Adicional de Renda por Incapacidade Temporária por Doença e Acidente;
- p) Cobertura Adicional de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente;
- q) Cobertura Adicional de Perda de Emprego;
- r) Cobertura Adicional de Assistência Funeral por Doença e Acidente;
- s) Cobertura Adicional de Assistência Funeral por Acidente;
- t) Cobertura Adicional de Auxílio Funeral por Doença e Acidente;
- u) Cobertura Adicional de Auxílio Funeral por Acidente;
- v) Cobertura Adicional de Cesta Básica por Doença e Acidente;
- w) Cobertura Adicional de Cesta Básica por Acidente.

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional e dentro dos limites e condições contratadas, garante o pagamento de capital segurado, limitado ao valor contratado, por meio de reembolso, das Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, decorrentes de acidente coberto, efetuadas exclusivamente pelo Segurado para seu tratamento, desde que iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica ou odontológica, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do Segurado, desde que observados os riscos excluídos constantes no item 4 das Condições Gerais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos excluídos estabelecidos no item 4 das Condições Gerais estão expressamente excluídos da cobertura:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez;**
- c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- d) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado estará indicado nas Condições Contratuais do Seguro e corresponderá à porcentagem do capital segurado da cobertura básica contratada, conforme indicado na proposta de contratação.

4. FRANQUIA

4.1 A franquia, quando houver, será previamente estabelecida nas Condições Contratuais do Seguro.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura de morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice.

5.1.1 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual constante no item 11 das Condições Gerais.

5.1.2 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cobertura, o início será simultâneo com o da cobertura de Morte do respectivo Segurado.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura adicional cancelará:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cobertura Adicional;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice; ou

c) com o esgotamento do capital segurado contratado.

6.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 15 das Condições Gerais.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

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

7.4 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus beneficiários, no formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

7.4.1 Sob pena de perder o direito à indenização, o segurado participará o sinistro à Seguradora, logo que o saiba, e tomará as providências para minorar-lhe as conseqüências.

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

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

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

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado ou representante (s) legal (is) e médico assistente;
- b) Cópia autenticada do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;
- c) Cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
- d) Cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;
- f) Cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento, se o segurado for contribuinte e;
- g) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento;
- h) Notas Fiscais emitidas para o pagamento do tratamento.

7.8 Os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e os comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

7.9 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

7.10 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável,

solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 A presente cobertura abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

9.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS EMERGENCIAIS

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional e dentro dos limites e condições contratadas, garante o pagamento do capital segurado, limitado ao valor contratado, por meio de reembolso ou prestação de serviço, das Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas Emergenciais, decorrentes de acidente coberto, efetuadas exclusivamente pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica ou odontológica, desde que observados os riscos excluídos item 4 das Condições Gerais.

1.1.1 Caso seja necessário para o restabelecimento do segurado, estará coberto por esta cobertura as diárias hospitalares, serviços de enfermagem, exames médicos complementares, desde que necessários para o restabelecimento do Segurado.

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

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

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

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

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

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

1.4 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros a data do acidente.

2. OUTROS RISCOS COBERTOS

2.1 Além dos riscos conceituados nos subitens 1.1 e 1.1.1 das Condições Gerais, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- choque elétrico e raio;
- contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e

g) queda na água ou afogamento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos excluídos estabelecidos no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura:

- estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez;**
- cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O valor do capital segurado estará indicado nas Condições Contratuais e corresponderá à porcentagem do capital segurado da cobertura básica contratada, conforme indicado na proposta de contratação.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura de morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice.

5.1.1 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual constante no item 11 das Condições Gerais.

5.1.2 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cobertura, o início será simultâneo com o da cobertura de Morte do respectivo Segurado.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura adicional cancelará:

- simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice; ou
- com o esgotamento do capital segurado contratado.

6.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 15 das Condições Gerais.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

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

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

7.3 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento

realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura contratada, à época da ocorrência do sinistro.

7.4 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus beneficiários, no formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

7.4.1 Sob pena de perder o direito à indenização, o segurado participará o sinistro à Seguradora, logo que o saiba, e tomará as providências para minorar-lhe as conseqüências.

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

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

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

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado ou representante(s) legal(is) e médico assistente;
- b) Cópia autenticada do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;
- c) Cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
- d) Cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;
- f) Cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento, se o seguro for contributivo, e;
- g) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.
- h) Notas Fiscais emitidas para o pagamento do tratamento.

7.8 Os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

7.9 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

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

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

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 A presente cobertura abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

9.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional e dentro dos limites e condições contratadas, garante o pagamento de capital segurado, no caso de Morte Acidental e/ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, do cônjuge ou companheiro (a), desde que observados os riscos excluídos constantes no item 4 das Condições Gerais.

1.1.1 Equiparam-se aos cônjuges, os (as) companheiros(as) dos Segurados Principais, desde que comprovada a união estável entre ambos, mediante escritura pública, ou outro documento hábil, em conformidade com a legislação em vigor.

2. FORMAS DE INCLUSÃO

2.1 Há duas formas de inclusão do cônjuge na apólice, cuja opção deverá ser especificada nas Condições Contratuais do Seguro, podendo ser:

a) Automática: quando abranger todos os cônjuges dos componentes principais; ou

b) Facultativa: quando abranger os cônjuges dos componentes principais que assim autorizarem.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O capital segurado para a(s) cobertura(s) de Morte Acidental e/ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do cônjuge será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável à cobertura básica do respectivo segurado principal, não podendo ser superior ao do segurado principal.

4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

4.1 A indenização por morte, eventualmente devida por esta cobertura adicional, será paga ao Segurado Principal.

5. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO

5.1 Poderão participar do seguro somente os cônjuges que se encontrarem em boas condições de saúde, na data da adesão ao seguro, mediante preenchimento de Declaração de Saúde constante na Proposta de Adesão.

5.2 Se o Segurado Principal, responsável pelas informações prestadas na Declaração de Saúde, as fizer de forma inexata, ou ainda omitir circunstâncias que possa influir na aceitação do risco ou na taxa do prêmio, perderá o direito à cobertura, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

5.3 Não poderão participar desta cobertura o cônjuge e/ou companheiro(a) que já faça parte do mesmo grupo segurável como segurado principal.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

6.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os cônjuges ou companheiro (a) , simultaneamente com o início de vigência do Segurado Principal.

6.1.1 Quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice, o início de vigência será a partir da data da contratação.

6.1.2 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual, conforme o item 11 das Condições Gerais.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 A cobertura concedida pela presente cobertura adicional cancelará:

- a) com o cancelamento do Seguro ou da presente cobertura;
- b) com a Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Principal;
- c) com a exclusão do Segurado Principal da apólice;
- d) no caso de separação judicial, separação de fato ou divórcio;
- e) a pedido do Segurado Principal, por escrito;
- f) com o pagamento da indenização da presente cobertura; e,
- g) com a extinção do Seguro.

8. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

8.1 Conforme a cobertura contratada mencionada nas Condições Contratuais, Morte Acidental e/ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, constante do item 17 das Condições Gerais.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1 A presente cobertura abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

10. DISPOSIÇÃO FINAL

10.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional e dentro dos limites e condições contratadas, garante o pagamento de capital segurado, no caso de morte acidental de cada um dos filhos do segurado principal, considerados dependentes, durante a vigência da apólice e desde que observados os riscos excluídos constantes no item 4 das Condições Gerais do Seguro.

1.1.1 Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores considerados dependentes econômicos do Segurado Principal, nos termos da legislação em vigor.

2. FORMAS DE INCLUSÃO

2.1 A forma de inclusão do(s) filho(s) somente poderá ser feita na forma automática, ou seja, deverá abranger todos os filhos dos componentes principais.

2.2 Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos somente poderão ser incluídos única vez, como dependentes, daquele de maior capital segurado, sendo denominado componente principal desta cobertura.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O capital segurado correspondente será estabelecido em percentual não superior a 100% (cem por cento) do Segurado principal o qual será o beneficiário do seguro.

3.2 O percentual de cobertura, limitado ao disposto no item 3.1, será expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável à cobertura básica do respectivo Segurado principal.

3.3 Em se tratando de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que deverão ser comprovadas mediante entrega dos comprovantes originais específicos, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; eb) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

4.1 A indenização por morte, devida por esta cobertura adicional, será paga ao segurado principal.

4.2 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do segurado(s) dependente(s), os capitais segurado referentes às coberturas contratadas, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes aos herdeiros legais dos segurados.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente Cobertura Adicional começa a vigorar, para todos os filhos (as), simultaneamente com o início de vigência do Segurado principal.

5.1.1 Quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice, o início de vigência será a partir da data da contratação.

5.1.2 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual, conforme o item 11 das Condições Gerais.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 A cobertura concedida pela presente cobertura cancelará:

- a) com o cancelamento do seguro ou da presente cobertura;
- b) com o cancelamento da cobertura adicional de inclusão de cônjuge;
- c) com a Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Principal;
- d) com a exclusão do Segurado Principal da apólice;
- e) a pedido do Segurado Principal, por escrito;
- f) com o pagamento da indenização da presente cobertura;
- g) com a extinção do Seguro; e
- h) no caso do cancelamento da condição de dependente conforme legislação em vigor.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1 Conforme disposto no item 17 das Condições Gerais do Seguro.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 A presente cobertura adicional abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

9.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA COM OU SEM FRANQUIA - DOENÇA OU ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, garante ao Segurado principal o pagamento do valor contratado no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua atividade profissional ou ocupação, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados os períodos de carência e franquia, se houver, e observando o limite de diárias contratado e as Condições Contratuais do Seguro.

1.1.1 Para fins desta Cobertura Adicional, considera-se:

- a) Atividade Profissional:** é a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.
- b) Diária por Incapacidade Temporária:** é o valor contratado pelo segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade decorrente de Doença ou Acidente Pessoal coberto.
- c) Incapacidade Temporária:** caracterizada quando o Segurado fica incapaz de exercer suas atividades profissionais, por determinação médica, dentro do período determinado nas Condições Contratuais do Seguro.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais estão expressamente excluídos da cobertura desta Cobertura Adicional os afastamentos decorrentes de:

- a) lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);**
- b) gravidez e suas conseqüências,**
- c) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;**
- d) anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;**
- e) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;**
- f) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas conseqüências;**
- g) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas conseqüências;**
- h) hospitalização para check-up;**
- i) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- j) todas as doenças ou transtornos mentais;**
- k) Síndrome do Pânico;**

- l) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;**
- m) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os conseqüentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;**
- n) cirurgias para esterilização;**
- o) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias, salvo quando contratada a franquia reduzida;**
- p) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;**
- q) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;**
- r) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- s) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;**
- t) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;**
- 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);**
- x) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.**

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será determinado em diárias, conforme condições e limites estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

3.2 As diárias contratadas serão limitadas em até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, a contar do:

- a) 1º dia de afastamento, no caso de não haver franquia;**
- b) do 8º dia de afastamento, no caso de haver franquia reduzida; ou**
- c) do 16º dia de afastamento, no caso de haver franquia.**

3.2.1 Esta condição será estabelecida nas Condições Contratuais do Seguro.

4. CARÊNCIA

4.1 A carência, quando prevista, estará determinada no Contrato de Seguro, e poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias, observando que não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto no certificado individual.

4.1.1 O início será concomitante com início de vigência do risco individual previsto no item 11 das Condições Gerais, salvo disposição contrária expressa nas Condições Contratuais do Seguro.

4.1.2 Durante o período de carência, o Segurado não terá direito à cobertura do seguro.

4.2 Para eventos decorrentes de acidente pessoal não haverá carência.

5. FRANQUIA

5.1 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 cobertura do seguro.

5.1.1 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 por acidente das atividades profissionais.

5.2 A Franquia é dedutível por evento.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

6.1 A presente Cobertura Adicional começa a vigorar, simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica.

6.1.1 Quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice, o início de vigência será a partir da data da contratação.

6.1.2 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual, conforme disposto no item 11 das Condições Gerais.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Esta cobertura adicional cancelará:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice; ou
- c) com o esgotamento do capital segurado e/ou das diárias contratadas.

7.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 15 das Condições Gerais.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente à Seguradora através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora;

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

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

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

- a) cópia do RG e CPF do Segurado;
- b) relatório médico onde deverá constar a data do sinistro, diagnóstico e tratamento realizado;

c) todos os exames complementares realizados, com os respectivos laudos médico;

d) tratando-se de acidente de trabalho, anexar formulário de comprovação de Acidente de Trabalho;

e) tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, anexar Boletim de Ocorrência.

8.5 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos básicos mencionados no item 8.4, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

8.6 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no item 8.4, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

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

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

9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

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

9.4 Na data do recebimento do capital segurado, cabe ao Segurado apresentar documentação solicitada pela Seguradora que comprove a situação da incapacidade temporária por doença ou acidente para fazer jus ao recebimento do capital segurado contratado, respeitando os limites e condições estabelecidos nas Condições Contratuais.

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

9.6 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.

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

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

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

9.9.1 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.

9.10 Se o Segurado permanecer afastado das atividades profissionais, quando do final da vigência do seguro, somente terá direito à quantidade de diárias que faltarem para completar o limite determinado nas Condições Contratuais, mesmo que ocorra a renovação do seguro, respeitando-se o disposto no item 9.9.

9.11 Estando o segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em conseqüência de um novo evento.

9.11.1 Só será reconhecido pela Seguradora um novo sinistro, após o Segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior. Não haverá acumulação de indenizações em conseqüência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

9.12 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 ao capital segurado coberto por esta cobertura.

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

9.14 A cessação do pagamento do capital segurado ocorrerá na data da alta médica devendo o Segurado apresentar o comprovante desta, devidamente firmado pelo médico.

9.15 Com o esgotamento do capital segurado contratado cessará automaticamente os efeitos da presente cobertura.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1 Esta Cobertura Adicional aplica-se aos eventos cobertos ocorridos em Território Nacional.

11. DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA COM OU SEM FRANQUIA POR ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura garante ao Segurado Principal o pagamento do valor contratado no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer qualquer atividade relativa à sua atividade profissional ou ocupação, decorrente e acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados os períodos de carência e franquia, se houver, e observando o limite de diárias contratado e as Condições Contratuais do Seguro.

1.2 Para fins desta Cobertura Adicional, considera-se:

a) Atividade Profissional: é a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

b) Diária por Incapacidade Temporária: é o valor contratado pelo Segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

c) Incapacidade Temporária: caracterizada quando o segurado fica incapaz de exercer suas atividades profissionais, por determinação médica, dentro do período determinado nas Condições Contratuais do Seguro.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura desta Cobertura Especial os afastamentos decorrentes de:

a) lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);
b) seqüelas preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;

c) anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;

d) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

e) Síndrome do Pânico, ainda que decorrente de acidente;
f) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais, ainda que decorrente de acidente;

g) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os conseqüentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;

h) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação; e

i) as instabilidades crônicas de qualquer articulação, ainda que pioradas por evento agudo.

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será determinado em diárias, conforme condições e limites estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro, observando que não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto no certificado individual.

3.2 As diárias contratadas serão limitadas em até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dias da data do afastamento, se houver franquia, conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro.

4. FRANQUIA

4.1 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 cobertura do seguro.

4.1.1 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 por acidente das atividades profissionais.**

4.2 A Franquia é dedutível por evento.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica.

5.1.1 Quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice, o início de vigência será a partir da data da contratação.

5.1.2 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual, conforme disposto no item 11 das Condições Gerais.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura adicional cancelará:

a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cobertura Adicional;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice; ou

c) com o esgotamento do capital segurado e/ou das diárias contratadas.

6.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 15 das Condições Gerais.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente à Seguradora através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

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

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

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

- a) Cópia do RG e CPF do Segurado;
- b) Relatório médico onde deverá constar a data do sinistro, diagnóstico e tratamento realizado;
- c) Exames complementares realizados com os respectivos laudos médicos;
- d) Tratando-se de Acidente de Trabalho, anexar formulário de comprovação de Acidente de Trabalho;
- e) Tratando-se de Acidente de Trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, anexar Boletim de Ocorrência.

7.5 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos básicos mencionados no item 7.4, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

7.6 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no subitem 8.4, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

7.7 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item 7.6 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências. Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora, além da auditoria médica, poderá exigir perícia médica.

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

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

8.3 Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de regularizado o sinistro, providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, **a contar do 16º (décimo sexto) ou do 8º (oitavo) dia** da data do afastamento de suas atividades profissionais, se houver franquia, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, conforme limites de condições estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

8.4 Na data do recebimento do capital segurado, cabe ao Segurado apresentar documentação solicitada pela Seguradora que comprove a situação da incapacidade temporária por acidente para fazer jus ao recebimento do capital segurado contratado, respeitando os limites e condições estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

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

8.6 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.

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

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

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

8.9.1 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.

8.10 Se o Segurado permanecer afastado das atividades profissionais, quando do final da vigência do seguro, somente terá direito à quantidade de diárias que faltarem para completar o limite determinado nas Condições Contratuais, mesmo que ocorra a renovação do seguro, respeitando-se o disposto no item 8.9.

8.11 Estando o segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em conseqüência de um novo evento.

8.11.1 Só será reconhecido pela Seguradora um novo sinistro, após o Segurado obter alta médica definitiva do sinistro anterior. Não haverá acumulação de indenizações em conseqüência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

8.12 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 ao capital segurado coberto por esta cobertura.

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

8.14 A cessação do pagamento do capital segurado ocorrerá na data da alta médica devendo o Segurado apresentar o comprovante desta, devidamente firmado pelo médico.

8.15 Com o esgotamento do capital segurado contratado cessará automaticamente os efeitos da presente cobertura.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1 Esta cobertura Adicional aplica-se aos eventos cobertos ocorridos no território nacional.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E DOENÇA

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, garante ao próprio Segurado, o pagamento, até o limite contratado, 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 doença ou acidente pessoal cobertos, conforme limites e condições a seguir enumeradas, observando também o Contrato do Seguro e os riscos excluídos (item 4 das Condições Gerais).

1.2 A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

1.3 Para fins desta cobertura considera-se:

- a) Diária de Internação Hospitalar: é o valor escolhido pelo Segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de doença ou acidente pessoal coberto.
- b) Internação Hospitalar: é a internação em Hospital com **duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas**.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos excluídos, estabelecido no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura:

- 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) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas conseqüências;
- e) cirurgias plásticas e suas conseqüências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.
- i) tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em conseqüência de acidente;
- j) internação hospitalar por motivo de convalescença;
- k) 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;
- l) ferimentos auto-infligidos, enquanto são ou demente, exceto em casos de tentativa de suicídio.
- m) tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;
- n). despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;

- o). quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;
- p) todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- q) ceratomia (cirurgia para correção de miopia);
- r) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle de natalidade; tratamento para impotência sexual, bem como suas conseqüências;
- s) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- t) quaisquer internações por motivo de senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas conseqüências;
- u) dependência química; e
- v) cirurgia para correção de fimose.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado e a quantidade de diárias serão estabelecidas nas Condições Contratuais do Seguro.

3.2 Observando o início de vigência do risco individual, a cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização da internação hospitalar e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, respeitando o limite máximo diárias contratadas, conforme estabelecido nas Condições Contratuais.

3.3 A indenização que o Segurado terá direito poderá ser de até 365 dias, conforme critérios estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro, durante o período de vigência anual do seguro.

4. CARÊNCIA

4.1 A carência quando prevista, estará determinada no Contrato de Seguro, e poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias, observando que não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto no Certificado Individual.

4.2 O início será concomitante com o início de vigência do risco individual, previsto o item 11 das Condições Gerais, salvo disposição contrária expressa em Contrato de Seguro.

4.2.1 Durante o período de carência o Segurado não terá direito à Cobertura.

4.2.2 Para eventos decorrentes de acidente pessoal não haverá carência.

5. FRANQUIA

5.1 A franquia quando prevista, poderá ser de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data da ocorrência de cada evento coberto pela apólice, ou em valor monetário, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

6.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura de morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice.

6.1.1 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual constante no item 11 das Condições Gerais.

6.1.2 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cobertura, o início será simultâneo com o da cobertura de Morte do respectivo Segurado.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Esta cobertura adicional cancelará:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice; ou
- c) com o esgotamento do capital segurado e/ou das diárias contratadas.

7.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 15 das Condições Gerais.

8. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

8.1 Em caso de evento coberto por este Seguro deverá ser comprovado satisfatoriamente a sua ocorrência, bem como todas as circunstâncias a ele relacionados.

8.2 Os documentos pessoais deverão ser apresentados conforme especificado abaixo, sendo que o Aviso de Sinistro e os comprovantes das despesas deverão ser apresentados em via original.

8.3 A análise para cobertura do evento se dará quando o Segurado, ou alguém por ele indicado, comunicar a internação à Seguradora através de exames e relatórios do seu médico assistente, o qual deverá ser por ele assinado, indicando data, hora, local e motivo da internação, bem como os dados clínicos que justifiquem o procedimento, nome do hospital ou clínica onde foi realizada a internação ou onde o Segurado encontra-se internado.

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

8.4.1 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.

8.5 Se o Segurado permanecer afastado das atividades profissionais, quando do final da vigência do seguro, somente terá direito à quantidade de diárias que faltarem para completar o limite determinado nas Condições Contratuais, mesmo que ocorra a renovação do seguro, respeitando-se o disposto no item 8.4.

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

8.7 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação básica listada abaixo, será de 30 (trinta) dias.

8.8 As documentações abaixo mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item 8.7 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

8.9 Após a comunicação à Seguradora, deverão ser encaminhadas cópias autenticadas dos seguintes documentos básicos:

- a) CPF e carteira de identidade do Segurado;
- b) aviso de Sinistro preenchido pelo médico assistente, responsável e/ou alguém por ele indicado, contendo a descrição do evento, datado e assinado pelo Segurado;
- c) prontuário médico comprovando a internação hospitalar;
- d) relatório de procedimento de internação com a descrição do tratamento, prognóstico e alta médica definitiva;
- e) todos os exames realizados;
- f) cópia simples do comprovante de residência do Segurado.

8.10 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da internação hospitalar, relativas aos documentos básicos mencionados no item 8.9, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

8.11 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

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

9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

9.1 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no formulário "Aviso de Sinistro" e no relatório da instituição hospitalar, bem como do médico responsável, que discriminará o prazo de internação.

9.2 Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a internação hospitalar nos termos destas Condições Gerais, a Seguradora efetuará o pagamento de diárias por internação hospitalar, de acordo com o valor estabelecido nas Condições Contratuais.

9.3 Quando a internação hospitalar for superior a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, tomando-se por base um relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo representante ou alguém por ele indicado, a cada 15 dias.

9.4 De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento de diárias por internação hospitalar, correspondente ao período em que o Segurado estiver internado, até a alta médica, observado o limite de diárias contratadas.

9.5 Nos casos em que o período de internação hospitalar não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento correspondente as diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do 2º (segundo) dia da internação hospitalar até a sua alta médica.

9.6 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o Segurado tiver direito, de acordo com o período de internação hospitalar, desde que assim justificadas por relatório médico e exames complementares ou auditoria médica, respeitando-se o capital segurado contratado e o limite máximo de indenização, previstos nestas Condições Gerais e nas Condições Contratuais.

9.7 Em caso de morte ou invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado, cessará automaticamente o direito ao pagamento

das diárias de internação hospitalar por acidente sendo devido ao Segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) apenas a quantidade de diárias correspondente ao período de internação.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1 A cobertura adicional de diária de internação hospitalar abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em Território Nacional.

11. DISPOSIÇÃO FINAL

11.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, garante ao próprio Segurado, o pagamento, até o limite contratado, 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 cobertos, conforme limites e condições a seguir enumeradas, observando também o Contrato do Seguro e os riscos excluídos (item 4 das Condições Gerais).

1.2 A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

1.3 Para fins desta cobertura considera-se:

a) **Diária de Internação Hospitalar:** é o valor escolhido pelo Segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de doença ou acidente pessoal coberto.

b) **Internação Hospitalar:** é a internação em Hospital com **duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos excluídos, estabelecido no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura:

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 (doença).**

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.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado e a quantidade de diárias serão estabelecidas nas Condições Contratuais do Seguro.

3.2 Observando o início de vigência do risco individual, a cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização da internação hospitalar e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, respeitando o limite máximo diárias contratadas, conforme estabelecido no Contrato do Seguro.

3.3 A indenização que o Segurado terá direito poderá ser de até 365 dias, conforme critérios estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro, durante o período de vigência anual do seguro.

4. FRANQUIA

4.1 A franquia quando prevista, poderá ser de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data da ocorrência de cada evento coberto pela apólice, ou em valor monetário, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

5.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura de morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice.

5.1.1 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual constante no item 11 das Condições Gerais.

5.1.2 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cobertura, o início será simultâneo com o da cobertura de Morte do respectivo Segurado.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

6.1 Esta cobertura adicional cancelará:

a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cobertura Adicional;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice; ou

c) com o esgotamento do capital segurado e/ou das diárias contratadas.

6.2 Além das situações descritas no item 6.1 deverão ser observado o item 15 das Condições Gerais.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1 Em caso de evento coberto por este Seguro, deverá ser comprovado satisfatoriamente a sua ocorrência, bem como todas as circunstâncias a ele relacionados.

7.2 Os documentos pessoais deverão ser apresentados conforme especificado abaixo, sendo que o Aviso de Sinistro e os comprovantes das despesas deverão ser apresentados em via original.

7.3 A análise para cobertura do evento se dará quando o Segurado, ou alguém por ele indicado, comunicar a internação à Seguradora através de exames e relatórios do seu médico assistente, o qual deverá ser por ele assinado, indicando data, hora, local e motivo da

internação, bem como os dados clínicos que justifiquem o procedimento, nome do hospital ou clínica onde foi realizada a internação ou onde o Segurado encontra-se internado.

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

7.4.1 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.

7.5 Se o Segurado permanecer afastado das atividades profissionais, quando do final da vigência do seguro, somente terá direito à quantidade de diárias que faltarem para completar o limite determinado nas Condições Contratuais, mesmo que ocorra a renovação do seguro, respeitando-se o disposto no item 7.4.

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

7.7 O prazo máximo para a liquidação do sinistro, após a entrega da documentação básica listada abaixo, será de 30 (trinta) dias.

7.8 As documentações abaixo mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item 7.7 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

7.9 Após a comunicação à Seguradora, deverão ser encaminhadas cópias autenticadas dos seguintes documentos básicos:

- a) CPF e carteira de identidade do Segurado;
- b) aviso de Sinistro preenchido pelo médico assistente, responsável e/ou alguém por ele indicado, contendo a descrição do evento, datado e assinado pelo Segurado;
- c) prontuário médico comprovando a internação hospitalar;
- d) relatório de procedimento de internação com a descrição do tratamento e o prognóstico;
- e) todos os exames realizados;
- f) Cópia simples do comprovante de residência do Segurado.

7.10 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da internação hospitalar, relativas aos documentos básicos mencionados no item 7.9, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

7.11 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

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

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

8.1 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no formulário "Aviso de

Sinistro" e no relatório da instituição hospitalar, bem como do médico responsável, que discriminará o prazo de internação.

8.2 Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a internação hospitalar nos termos destas Condições Gerais, a Seguradora efetuará o pagamento de diárias por internação hospitalar, de acordo com o valor estabelecido nas Condições Contratuais.

8.3 Quando a internação hospitalar for superior a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, tomando-se por base um relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo representante ou alguém por ele indicado, a cada 15 dias.

8.4 De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento de diárias por internação hospitalar, correspondente ao período em que o Segurado estiver internado, até a alta médica, observado o limite de diárias contratadas.

8.5 Nos casos em que o período de internação hospitalar não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento correspondente as diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do 2º (segundo) dia da internação hospitalar até a sua alta médica.

8.6 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o Segurado tiver direito, de acordo com o período de internação hospitalar, desde que assim justificadas por relatório médico e exames complementares ou auditoria médica, respeitando-se o capital segurado contratado e o limite máximo de indenização, previstos nestas Condições Gerais e nas Condições Contratuais.

8.7 Em caso de morte ou invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado, cessará automaticamente o direito ao pagamento das diárias de internação hospitalar por acidente sendo devido ao Segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) apenas a quantidade de diárias correspondente ao período de internação.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1 A cobertura adicional de diária de internação hospitalar abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em Território Nacional.

10. DISPOSIÇÃO FINAL

10.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CRÍTICAS - DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante o pagamento do prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura, ao próprio segurado, no caso de primeiro Diagnóstico de Câncer do segurado, dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, observando também as Condições Contratuais e os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

1.2 Para fins desta cobertura, considera-se:

CÂNCER: Para efeito deste seguro, é a designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas, no corpo humano. Tal designação deverá ser comprovada através de exame anatomopatológico. **Exclui-se, no entanto, dessa designação, para efeitos do presente seguro, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno. O tumor maligno deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do Certificado Individual e findo o prazo de carência definido no item 5 desta Cobertura Adicional. O diagnóstico poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto em post-mortem.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos Riscos Excluídos descritos no item 4 das Condições Gerais do Seguro, inclui-se o Câncer de Pele, que não seja diagnosticado como sendo melanoma maligno.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será previamente determinado nas Condições Contratuais do Seguro.

4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO

4.1 Além das condições mencionadas no item 7 nas Condições Gerais, o proponente não poderá ser portador de: AIDS, aneurisma, arritmia cardíaca, bócio tóxico (hipertiroidismo), câncer, cardiopatias, diabetes melito, doença isquêmica e/ ou reumática crônica do coração, doença mental de qualquer espécie, encefalite, esclerose múltipla, hepatite viral, insuficiência cardíaca, menopausa precoce (antes dos 40 anos), nefrite (inflamação dos rins), nefrose (degeneração renal), neoplasma (tumor), osteoporose (descalcificação óssea), sífilis ou tuberculose.

5. CARÊNCIA

5.1 A carência será de 60 dias e durante este período o Segurado não terá direito à cobertura do seguro.

5.2 O início será concomitante com início de vigência do risco individual previsto o item 11 das Condições Gerais, salvo disposição contrária expressa nas Condições Contratuais do Seguro.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente à Seguradora através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

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

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

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

- a) Cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;
- b) Laudo subscrito por médico devidamente habilitado na sua especialização;
- c) Relatório original detalhado do médico assistente com laudo médico definitivo, atestado e caracterizado o diagnóstico do Câncer Maligno e procedimentos realizados;
- d) Cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos que auxiliaram no diagnóstico, além do anátomo-patológico; e
- e) Autorização para crédito em conta, no caso do eventual pagamento.

6.5 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

6.6 As documentações mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item 6.5 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e , sua contagem será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

6.7 Todas as despesas efetuadas, relativas aos documentos básicos mencionados, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

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

6.9 Para efeito do pagamento da indenização é considerada como a data do evento, a data do primeiro laudo médico.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1 A Cobertura de Doenças Críticas - Diagnóstico de Câncer abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em Território Nacional.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CRÍTICAS - INFARTO DO MIOCÁRDIO

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante o pagamento do prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura, ao próprio Segurado, no caso de infarto do miocárdio do segurado, dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, observando também as Condições Contratuais e os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

1.2 Para fins desta cobertura considera-se:

INFARTO DO MIOCÁRDIO: Para efeito deste seguro, é o advento repentino de morte de parte do músculo cardíaco, como resultado de suprimento inadequado de sangue. O diagnóstico deve ser baseado em uma história de dor típica no peito, mudanças eletrocardiográficas e elevação de enzimas específicas, angina, obstrução coronariana (evoluindo necessariamente para hipocinesia permanente do músculo cardíaco). O infarto do miocárdio deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do Certificado Individual e findo o prazo de carência definido no item 5 desta Cobertura Adicional. O diagnóstico poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto em post-mortem.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Conforme consta no item 4 das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será previamente determinado nas Condições Contratuais do Seguro.

4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO

4.1 Além das condições mencionadas no item 7 nas Condições Gerais, o proponente não poderá ser portador de: AIDS, aneurisma, arritmia cardíaca, bócio tóxico (hipertireoidismo), câncer, cardiopatias, diabetes melito, doença isquêmica e/ ou reumática crônica do coração, doença mental de qualquer espécie, encefalite, esclerose múltipla, hepatite viral, insuficiência cardíaca, menopausa precoce (antes dos 40 anos), nefrite (inflamação dos rins), nefrose (degeneração renal), neoplasma (tumor), osteoporose (descalcificação óssea), sífilis ou tuberculose.

5. CARÊNCIA

5.1 A carência será de 60 dias e durante este período o Segurado não terá direito à cobertura do seguro.

5.2 O início será concomitante com início de vigência do risco individual previsto o item 11 das Condições Gerais, salvo disposição contrária expressa nas Condições Contratuais.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente à Seguradora através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

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

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

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

- a) Cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- b) Laudo subscrito por médico devidamente habilitado na sua especialização;
- c) Relatório original detalhado do médico assistente com laudo médico definitivo, atestado e caracterizando o diagnóstico do Infarto do Miocárdio e procedimentos realizados;
- d) Cópia dos resultados dos exames comprobatórios da doença. **Não serão aceitos exames radiológicos sem identificação do paciente, data da realização, nome da instituição ou outras informações, que impossibilite a veracidade das informações; e**
- e) Autorização para crédito em conta, no caso do eventual pagamento.

6.5 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

6.6 As documentações mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item 6.5 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

6.7 Todas as despesas efetuadas, relativas aos documentos básicos mencionados, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

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

6.9 Para efeito do pagamento da indenização é considerada como a data do evento, a data do primeiro laudo médico.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1 A Cobertura de Doenças Críticas - Infarto do Miocárdio abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em território nacional.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CRÍTICAS - DERRAME CEREBRAL

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante o pagamento do prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura, ao próprio segurado, no caso de derrame cerebral do segurado, dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, observando também as Condições Contratuais e os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

1.2 Para fins desta cobertura considera-se:

DERRAME CEREBRAL: Para efeito deste seguro, é o distúrbio vascular cerebral que produz seqüelas neurológicas definitivas, que inclua infarto do tecido cerebral, hemorragia e/ou embolia causada por fonte extra-craniana, excluindo aneurisma cerebral. Para os efeitos desta cobertura, o derrame cerebral deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do Certificado Individual e findo o prazo de carência definido no item 5 desta Cobertura Adicional. O diagnóstico poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto em post-mortem.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Conforme consta no item 4 das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será previamente determinado nas Condições Contratuais do Seguro.

4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO

4.1 Além das condições mencionadas no item 7 nas Condições Gerais, o proponente não poderá ser portador de: AIDS, aneurisma, arritmia cardíaca, bócio tóxico (hipertiroidismo), câncer, cardiopatias, diabetes melito, doença isquêmica e/ ou reumática crônica do coração, doença mental de qualquer espécie, encefalite, esclerose múltipla, hepatite viral, insuficiência cardíaca, menopausa precoce (antes dos 40 anos), nefrite (inflamação dos rins), nefrose (degeneração renal), neoplasma (tumor), osteoporose (descalcificação óssea), sífilis ou tuberculose.

5. CARÊNCIA

5.1 A carência será de 60 dias e durante este período o Segurado não terá direito à cobertura do seguro.

5.2 O início será concomitante com início de vigência do risco individual previsto o item 11 das Condições Gerais, salvo disposição contrária expressa nas Condições Contratuais.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente à Seguradora através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

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

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

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

- a) Cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;
- b) Laudo subscrito por médico devidamente habilitado na sua especialização;
- c) Relatório original detalhado do médico assistente com laudo médico definitivo, atestado e caracterizando o diagnóstico do Derrame Cerebral e procedimentos realizados;
- d) Cópia dos resultados dos exames comprobatórios da doença. **Não serão aceitos exames radiológicos sem identificação do paciente, data da realização, nome da instituição ou outras informações, que impossibilite a veracidade das informações; e**
- e) Autorização para crédito em conta, no caso do eventual pagamento.

6.5 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

6.6 As documentações mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item 6.5 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

6.7 Todas as despesas efetuadas, relativas aos documentos básicos mencionados, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

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

6.9 Para efeito do pagamento da indenização é considerada como a data do evento, a data do primeiro laudo médico.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1 A Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Derrame Cerebral abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em Território Nacional.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CRÍTICAS - FALÊNCIA DO RIM

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante o pagamento do prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura, ao próprio segurado, no caso de falência do rim do Segurado, dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, observando também as Condições Contratuais e os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

1.2 Para fins desta cobertura considera-se:

FALÊNCIA DO RIM: Para efeito deste seguro, é a doença renal em estágio terminal decorrente de qualquer causa, submetendo-se o Segurado a diálise peritoneal ou a hemodiálise regular, ou tendo sofrido transplante renal. A falência do rim deverá ter seu primeiro diagnóstico em data posterior ao início da vigência do Certificado Individual e findo o prazo de carência definido no item 5 desta Cobertura Adicional. O diagnóstico poderá ser realizado no paciente tanto em vida quanto em post-mortem.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Conforme consta no item 4 das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será previamente determinado nas Condições Contratuais do Seguro.

4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO

4.1 Além das condições mencionadas no item 7 nas Condições Gerais, o proponente não poderá ser portador de: AIDS, aneurisma, arritmia cardíaca, bócio tóxico (hipertireoidismo), câncer, cardiopatias, diabetes melito, doença isquêmica e/ ou reumática crônica do coração, doença mental de qualquer espécie, encefalite, esclerose múltipla, hepatite viral, insuficiência cardíaca, menopausa precoce (antes dos 40 anos), nefrite (inflamação dos rins), nefrose (degeneração renal), neoplasma (tumor), osteoporose (descalcificação óssea), sífilis ou tuberculose.

5. CARÊNCIA

5.1 A carência será de 60 dias e durante este período o Segurado não terá direito à cobertura do seguro.

5.2 O início será concomitante com início de vigência do risco individual previsto o item 11 das Condições Gerais, salvo disposição contrária expressa nas Condições Contratuais.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente à Seguradora através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

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

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

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

- a) Cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;
- b) Laudo subscrito por médico devidamente habilitado na sua especialização;
- c) Relatório original detalhado do médico assistente com laudo médico definitivo, atestado e caracterizando o diagnóstico da Falência do Rim e procedimentos realizados;
- d) Cópia dos resultados dos exames comprobatórios da doença. **Não serão aceitos exames radiológicos sem identificação do paciente, data da realização, nome da instituição ou outras informações, que impossibilite a veracidade das informações; e**
- e) Autorização para crédito em conta, no caso do eventual pagamento.

6.5 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

6.6 As documentações mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item 6.5 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

6.7 Todas as despesas efetuadas, relativas aos documentos básicos mencionados, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

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

6.9 Para efeito do pagamento da indenização é considerada como a data do evento, a data do primeiro laudo médico.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1 A Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Falência do Rim abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em Território Nacional.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CRÍTICAS - TRANSPLANTE DE ÓRGÃO VITAL

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante o pagamento do prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura, ao próprio segurado, no caso de transplante de órgão vital do segurado, dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, observando também as Condições Contratuais e os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

1.2 Para fins desta cobertura considera-se:

TRANSPLANTE DE ÓRGÃO VITAL: Para efeito deste seguro, é a recepção de transplante de CORAÇÃO, PULMÃO, FÍGADO, PÂNCREAS ou MEDULA ÓSSEA. O diagnóstico e a recomendação para o transplante terão que ser feitos, obrigatoriamente, por no mínimo dois especialistas, reconhecidos pela Seguradora. O diagnóstico, a recomendação e a cirurgia do transplante do órgão vital deverão ser realizados em data posterior ao início da vigência do Certificado Individual e findo o prazo de carência definido no item 5 desta Cobertura Adicional.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Conforme consta no item 4 das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será previamente determinado nas Condições Contratuais do Seguro.

4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO

4.1 Além das condições mencionadas no item 7 nas Condições Gerais, o proponente não poderá ser portador de: AIDS, aneurisma, arritmia cardíaca, bócio tóxico (hipertireoidismo), câncer, cardiopatias, diabetes melito, doença isquêmica e/ ou reumática crônica do coração, doença mental de qualquer espécie, encefalite, esclerose múltipla, hepatite viral, insuficiência cardíaca, menopausa precoce (antes dos 40 anos), nefrite (inflamação dos rins), nefrose (degeneração renal), neoplasma (tumor), osteoporose (descalcificação óssea), sífilis ou tuberculose.

5. CARÊNCIA

5.1 A carência será de 60 dias e durante este período o Segurado não terá direito à cobertura do seguro.

5.2 O início será concomitante com início de vigência do risco individual previsto o item 11 das Condições Gerais, salvo disposição contrária expressa nas Condições Contratuais.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente à Seguradora através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

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

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

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

- a) Cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;
- b) Laudo subscrito por médico devidamente habilitado na sua especialização;
- c) Relatório original detalhado do médico assistente com laudo médico definitivo, atestado e caracterizando o diagnóstico, a recomendação e a cirurgia do Transplante de Órgão Vital e procedimentos realizados;
- d) Cópia dos resultados dos exames comprobatórios da doença. **Não serão aceitos exames radiológicos sem identificação do paciente, data da realização, nome da instituição ou outras informações, que impossibilite a veracidade das informações; e**
- e) Autorização para crédito em conta, no caso do eventual pagamento.

6.5 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

6.6 As documentações mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item 6.5 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

6.7 Todas as despesas efetuadas, relativas aos documentos básicos mencionados, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

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

6.9 Para efeito do pagamento da indenização é considerada como a data do evento, a data do primeiro laudo médico.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1 A Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Transplante de Órgão Vital abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em Território Nacional.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS CRÍTICAS - PARALISIA

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante o pagamento do prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura, ao próprio segurado, no caso de paralisia do segurado, dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, observando também as Condições Contratuais e os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

1.2 Para fins desta cobertura considera-se:

PARALISIA: é a perda funcional completa e permanente do uso e movimento de dois ou mais membros superiores ou inferiores, resultando em paraplegia ou tetraplegia, devendo ser contínua e permanente pelo período mínimo de doze (12) meses consecutivos a partir do diagnóstico do quadro. Serão exigidas as evidências documentadas do acidente ou da doença causadora. Para os efeitos desta cobertura, a paralisia do segurado deverá ter seu primeiro diagnóstico e findo o prazo de carência definido no item 5 desta Cobertura Adicional.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Conforme consta no item 4 das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será previamente determinado nas Condições Contratuais do Seguro.

4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO

4.1 Além das condições mencionadas no item 7 nas Condições Gerais, o proponente não poderá ser portador de: AIDS, aneurisma, arritmia cardíaca, bócio tóxico (hipertiroidismo), câncer, cardiopatias, diabetes melito, doença isquêmica e/ ou reumática crônica do coração, doença mental de qualquer espécie, encefalite, esclerose múltipla, hepatite viral, insuficiência cardíaca, menopausa precoce (antes dos 40 anos), nefrite (inflamação dos rins), nefrose (degeneração renal), neoplasma (tumor), osteoporose (descalcificação óssea), sífilis ou tuberculose.

5. CARÊNCIA

5.1 A carência será de 60 dias e durante este período o Segurado não terá direito à cobertura do seguro.

5.2 O início será concomitante com início de vigência do risco individual previsto o item 11 das Condições Gerais, salvo disposição contrária expressa nas Condições Contratuais.

6 OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente à Seguradora através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

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

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

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

- a) Cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- b) Laudo subscrito por médico devidamente habilitado na sua especialização;
- c) Relatório original detalhado do médico assistente com laudo médico definitivo, atestado e caracterizando o diagnóstico da Paralisia e procedimentos realizados;
- d) Cópia dos resultados dos exames comprobatórios da doença. **Não serão aceitos exames radiológicos sem identificação do paciente, data da realização, nome da instituição ou outras informações, que impossibilite a veracidade das informações; e**
- e) Autorização para crédito em conta, no caso do eventual pagamento.

6.5 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

6.6 As documentações mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item 6.5 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

6.7 Todas as despesas efetuadas, relativas aos documentos básicos mencionados, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

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

6.9 Para efeito do pagamento da indenização é considerada como a data do evento, a data do primeiro laudo médico.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

7.1 A Cobertura Adicional de Doenças Críticas - Paralisia abrange todos os eventos ocorridos e cobertos em Território Nacional.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitam todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - DOENÇA E ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado, até o limite de rendas contratadas, ao próprio Segurado que ficar incapacitado temporariamente de exercer suas atividades profissionais por solicitação médica, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, observando também as Condições Contratuais e os riscos excluídos item 4 das Condições Gerais.

1.1.1 Para fins desta Cobertura Adicional, considera-se:

a)Atividade Profissional: é a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração;

b)Renda por Incapacidade Temporária: é o valor contratado pelo Segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade decorrente de doença ou Acidente Pessoal coberto; e

c)Renda por Incapacidade Temporária: é o valor contratado pelo Segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade decorrente de doença ou Acidente Pessoal coberto; e incapacidade Temporária: caracterizada quando o segurado fica incapaz de exercer suas atividades profissionais, por determinação médica, dentro do período determinado nas Condições Contratuais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura desta cobertura adicional os afastamentos decorrentes de:

- a) lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);
- b) gravidez e suas conseqüências,
- c) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- d) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- e) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- f) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;
- g) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades;
- h) hospitalização para check-up;
- i) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- j) todas as doenças ou transtornos mentais;
- k) Síndrome do Pânico;
- l) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- m) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os conseqüentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- n) cirurgias para esterilização;
- o) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 30 (trinta) dias;

p) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

q) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;

r) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

s) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;

t) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;

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); e,

x) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será determinado em rendas mensais, conforme condições e limites estabelecidos nas Condições Contratuais.

4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO

4.1 Esta cobertura adicional destina-se exclusivamente a profissionais autônomos ou empresários ou profissionais liberais, devidamente regulamentados e que possam comprovar a atividade remunerada regular.

4.2 Não estão cobertos, profissionais com vínculo empregatício não cabendo, portanto a cobrança do respectivo prêmio.

5. CARÊNCIA

5.1 A carência, quando prevista, estará determinada nas Condições Contratuais, e poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias, observando que não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo Certificado Individual.

5.2 O início será concomitante com início de vigência do risco individual previsto o item 11 das Condições Gerais, salvo disposição contrária expressa em Contrato de Seguro.

5.3 Durante o período de carência o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terão direito à percepção desta Cobertura.

5.4 Para eventos decorrentes de acidente pessoal não haverá carência.

6. FRANQUIA

6.1 A franquia quando prevista, poderá ser de até 90 (noventa) dias, contados a partir da data da ocorrência do evento coberto pela apólice, ou em valor monetário, conforme estabelecido nas Condições Contratuais.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura de morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice.

7.1.1 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual constante no item 11 das Condições Gerais.

7.1.2 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cobertura, o início será simultâneo com o da cobertura de Morte do respectivo Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1 Esta cobertura adicional cancelará:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice; ou
- c) com o esgotamento do capital segurado e/ou das diárias contratadas.

8.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 15 das Condições Gerais.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente à Seguradora através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

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

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

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

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

9.5 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos básicos mencionados no item 9.4, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

9.6 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no item 9.4, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

9.7 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item 9.6 ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências. Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora, além da auditoria médica, poderá exigir perícia médica.

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

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

10.2 O valor da renda contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a renda contratada for superior à renda mensal comprovada do Segurado, o pagamento da indenização será efetuado pelo valor da renda contratada. Todavia, caso fique comprovada má-fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de contratação, o Segurado perderá o direito à indenização com base no Artigo 766 do Código Civil.

10.3 O pagamento de cada renda estará condicionado ao período em meses que o Segurado permanecer na condição de incapacidade temporária, cessando com o esgotamento do capital segurado contratado ou quando o segurado voltar a exercer qualquer forma de trabalho remunerado.

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

10.5 Em caso de morte do Segurado cessará o direito ao pagamento de rendas, 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.

10.6 Nos casos de múltiplas lesões, conseqüentes do mesmo sinistro, a Seguradora reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela

que determinar o maior período de incapacidade temporária do Segurado de exercer suas atividades profissionais, não havendo acumulação no valor das rendas.

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

10.8 Estando o segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de um novo evento.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cobertura Adicional aplica-se aos eventos cobertos ocorridos em Território Nacional.

12. DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado, até o limite de rendas contratadas, ao próprio segurado que ficar incapacitado temporariamente de exercer suas atividades profissionais por solicitação médica, em decorrência de acidente pessoal coberto, dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, observando também as Condições Contratuais e os riscos excluídos item 4 das Condições Gerais.

1.1.1 Para fins desta Cobertura Adicional, considera-se:

a) **Atividade Profissional:** é a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração;

b) **Renda por Incapacidade Temporária:** é o valor contratado pelo Segurado e definido no certificado individual, indenizável em caso de ocorrência comprovada de incapacidade decorrente de doença ou Acidente Pessoal coberto; e

c) **Incapacidade Temporária:** caracterizada quando o segurado fica incapaz de exercer suas atividades profissionais, por determinação médica, dentro do período determinado nas Condições Contratuais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura desta cobertura adicional os afastamentos decorrentes de:

- a) **lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);**
- b) **seqüelas preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;**
- c) **anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;**
- d) **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- e) **Síndrome do Pânico, decorrente de acidente;**
- f) **Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais, decorrente de acidente;**
- g) **tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os conseqüentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;**
- h) **luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação; e**
- i) **as instabilidades crônicas de qualquer articulação, ainda que pioradas por evento agudo.**

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será determinado em rendas mensais, conforme condições e limites estabelecidos nas Condições Contratuais.

4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO

4.1 Esta cobertura adicional destina-se exclusivamente a profissionais autônomos ou empresários ou profissionais liberais, devidamente regulamentados e que possam comprovar a atividade remunerada regular.

4.2 Não estão cobertos, profissionais com vínculo empregatício não cabendo, portanto a cobrança do respectivo prêmio.

5. FRANQUIA

5.1 A franquia quando prevista, poderá ser de até 90 (noventa) dias, contados a partir da data da ocorrência do evento coberto pela apólice, ou em valor monetário, conforme estabelecido nas Condições Contratuais.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura de morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice.

6.1.1 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual constante no item 11 das Condições Gerais.

6.1.2 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cobertura, o início será simultâneo com o da cobertura de Morte do respectivo Segurado.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1 Esta cobertura adicional cancelará:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice; ou
- c) com o esgotamento do capital segurado e/ou das diárias contratadas.

7.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 15 das Condições Gerais.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente à Seguradora através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

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

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

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

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

8.5 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos básicos mencionados no item 8.4, correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

8.6 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no item 8.4, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

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

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

9. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

9.2 O valor da renda contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado, renda esta que deverá ser comprovada no momento da contratação. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a renda contratada for superior à renda mensal comprovada do Segurado, o pagamento da indenização pelo valor da renda contratada. Caso fique comprovada má-fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de contratação, o Segurado perderá o direito à indenização com base no Artigo 766 do Código Civil.

9.3 O pagamento de cada renda estará condicionado ao período em meses que o Segurado permanecer na condição de incapacidade temporária, cessando com o esgotamento do capital segurado contratado ou quando o segurado voltar a exercer qualquer forma de trabalho remunerado.

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

9.5 Em caso de morte do Segurado cessará o direito ao pagamento de rendas, 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.

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

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

9.8 Estando o segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em conseqüência de um novo evento.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1 Esta Cobertura Adicional aplica-se aos eventos cobertos ocorridos no Território Nacional.

11. DISPOSIÇÕES FINAIS

11.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE EMPREGO

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, garante o pagamento do capital segurado contratado, em caso de desemprego, dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, observando também as Condições Contratuais e os riscos excluídos item 4 das Condições Gerais.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos excluídos, estabelecido no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura adicional:

- a) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- b) demissão por justa causa do segurado;
- c) jubilação, pensão ou aposentadoria do segurado;
- d) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador;
- e) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- f) falência;
- g) campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- h) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador; e
- i) funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O valor do capital segurado será determinado através de rendas mensais, conforme condições e limites estabelecidos nas Condições Contratuais.

4. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO

4.1 Esta Cobertura Adicional destina-se exclusivamente a profissionais com vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada, conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho.

4.1.1 Deverá ser comprovado pelo Segurado um período mínimo de 12 (doze) meses de vínculo ininterrupto com um mesmo empregador.

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

5. CARÊNCIA

5.1 A carência quando prevista, estará determinada no Contrato de Seguro, e poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias, observando que não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto no Certificado Individual.

5.1.1 O início será concomitante com início de vigência do risco individual previsto o item 11 das Condições Gerais, salvo disposição contrária expressa em Contrato de Seguro.

5.1.2 Durante o período de carência o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terão direito à percepção desta Cobertura.

6. FRANQUIA

6.1 A franquia quando prevista, poderá ser de até 90 (noventa) dias, contados a partir da data da ocorrência do evento coberto pela apólice, ou em valor monetário, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura de morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice.

7.1.1 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual constante no item 11 das Condições Gerais.

7.1.2 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cobertura, o início será simultâneo com o da cobertura de Morte do respectivo Segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1 Esta cobertura adicional cancelará:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice; ou
- c) com o esgotamento do capital segurado e/ou das diárias contratadas.

8.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 15 das Condições Gerais.

9. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

9.1 O Estipulante deverá comunicar a ocorrência do sinistro imediatamente à Seguradora, por meio do formulário “AVISO DE SINISTRO”, carta registrada ou telegrama para avaliação do pagamento do Capital Segurado, conforme coberturas contratadas.

9.2 Quando o sinistro for comunicado por carta ou telegrama, deverão constar data, hora, local e causa do sinistro, situação esta que não exonera o Estipulante da obrigação de apresentar o formulário “AVISO DE SINISTRO”.

9.3 Sob pena de perder o direito à indenização, o Estipulante participará o sinistro à Seguradora, logo que o saiba, e tomará as providências para minorar-lhe as conseqüências.

9.4 No aviso à Seguradora e durante o pagamento do capital segurado, o desemprego deverá ser comprovado mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Cópias autenticadas do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- b) Carteira Profissional juntamente com atestado da empresa informando o motivo da demissão; e

c) Carteira ou contrato de trabalho original do Segurado, constando a rescisão contratual.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1 Estando o sinistro coberto, o pagamento da primeira parcela será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega à Seguradora, da documentação mencionada no item 9.4, sendo devidos os demais pagamentos, se prevalecer a condição de desemprego.

10.2 Na data do recebimento do capital segurado, cabe ao Segurado apresentar documentação solicitada pela Seguradora que comprove a situação de desemprego para fazer jus ao recebimento do capital contratado, respeitando os limites e condições estabelecidas nas Condições Contratuais.

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

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta Cobertura Adicional aplica-se aos eventos cobertos ocorridos no Território Nacional.

12. DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - DOENÇA E ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional e dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, garante o reembolso das despesas com funeral ou a prestação de serviços, na hipótese de ocorrência de Morte Natural ou Morte Acidental do Segurado e, quando contratado, ao cônjuge e filhos, conforme as Condições Contratuais, desde que observados os riscos excluídos (item 4 das Condições Gerais).

1.2 Esta Cobertura Adicional será concedida aos Segurados, nas formas e limites especificados nas Condições Contratuais, podendo ser abrangidos:

- a) individual: segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) familiar: os segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os filhos menores de 18 anos e dependentes legais.

1.3 Quando o beneficiário optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, não terá direito a reembolso posterior.

2. INÍCIO DE VIGÊNCIA

2.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura de morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice.

2.1.1 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual constante no item 11 das Condições Gerais.

2.1.2 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cobertura, o início será simultâneo com o da cobertura de Morte do respectivo Segurado.

3. CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

3.1 Esta cobertura adicional cessará:

- a) com o cancelamento da apólice ou exclusão do Segurado principal;
- b) com o cancelamento desta cobertura adicional ou da cobertura de origem; e
- c) de acordo com as demais regras de cessação de cobertura.

3.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 14 das Condições Gerais.

4. DO REEMBOLSO

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

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

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

5. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

5.1 Caso a opção dos familiares não seja pelo reembolso, mas sim pela utilização do serviço que a empresa credenciada presta, estes poderão telefonar para a Central de Atendimento do Serviço de Assistência, fornecendo os seguintes dados:

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

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

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

6. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

6.1 Assessoria para as Formalidades Administrativas

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

6.2 Carro Funerário

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

6.3 Coroa de Flores

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

6.4 Locação de Jazigo

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

6.5 Mesa de Condolências

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

6.6 Ornamentação de Urna

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

6.7 Paramentos

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

6.8 Passagem para um Parente

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

6.9 Registro de Óbito

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

6.10 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.

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

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

6.11 Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo

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

6.12 Urna/Caixão

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

6.13 Velório

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

7. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

7.1 Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:

- a) Os Serviços de Assistência acima expostos não poderão ser prestados enquanto não houver cooperação por parte dos familiares do Segurado ou outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento (dados imprescindíveis ao atendimento, como o nome, endereço, nº da apólice e outros que vierem a se tornar necessários).
- b) Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/ cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem para um membro da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento/cremação até o limite estabelecido na apólice e constante no Certificado, mediante entrega dos comprovantes originais das despesas respectivas.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura Adicional aplica-se aos eventos cobertos ocorridos em todo Globo Terrestre.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

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

9.2 **Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.**

COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional e dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, garante o reembolso das despesas com funeral ou a prestação de serviços, na hipótese de ocorrência de Morte Acidental do Segurado e, quando contratado, ao cônjuge e filhos, conforme as Condições Contratuais, desde que observados os riscos excluídos (item 4 das Condições Gerais).

1.2 Esta Cobertura Adicional será concedida aos segurados, nas formas e limites especificados nas Condições Contratuais, podendo ser abrangidos:

- a) individual: segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) familiar: os segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os filhos menores de 18 anos e dependentes legais.

2. INÍCIO DE VIGÊNCIA

2.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura de morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice.

2.1.1 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual constante no item 11 das Condições Gerais.

2.1.2 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cobertura, o início será simultâneo com o da cobertura de Morte do respectivo Segurado.

3. CESSAÇÃO DA COBERTURA

3.1 Esta cobertura adicional cessará:

- a) com o cancelamento da apólice ou exclusão do segurado principal;
- b) com o cancelamento desta cobertura adicional ou da cobertura de origem; e
- c) de acordo com as demais regras de cessação da cobertura.

3.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 14 das Condições Gerais.

4. DO REEMBOLSO

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

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

4.2 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor especificado no Contrato do seguro.

5. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

5.1 Caso a opção dos familiares não seja pelo reembolso, mas sim pela utilização do serviço que a empresa credenciada presta, estes

poderão telefonar para a Central de Atendimento do Serviço de Assistência, fornecendo os seguintes dados:

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

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

5.3 Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar a prestação de serviços mencionados nesta Cobertura Adicional. Caso o Serviço de Assistência necessite do envio de documentos complementares para o cumprimento de eventuais formalidades, as referidas serão custadas pela prestadora.

6. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

6.1 Assessoria para as Formalidades Administrativas

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

6.2 Carro Funerário

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

6.3 Coroa de Flores

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

6.4 Locação de Jazigo

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

6.5 Mesa de Condolências

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

6.6 Ornamentação de Urna

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

6.7 Paramentos

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

6.8 Passagem para um Parente

Caso a família do Segurado opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea - classe

econômica - ou rodoviária, para um membro da família acompanhar o sepultamento.

6.9 Registro de Óbito

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

6.10 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.

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

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

6.11 Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo

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

6.12 Urna/Caixão

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

6.13 Velório

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

7. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

7.1 Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:

- a) Os Serviços de Assistência acima expostos não poderão ser prestados enquanto não houver cooperação por parte dos familiares do Segurado ou outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento (dados imprescindíveis ao atendimento, como o nome, endereço, nº da apólice e outros que vierem a se tornar necessários).
- b) Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/ cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem para um membro da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento/cremação até o limite estabelecido na apólice e constante no Certificado, mediante entrega dos comprovantes originais das despesas respectivas.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta Cobertura Adicional aplica-se aos eventos cobertos ocorridos em todo Globo Terrestre.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

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

9.2 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitam todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL - DOENÇA OU ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional e dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, garante o reembolso das despesas com funeral, na hipótese de ocorrência de Morte Natural ou Morte Acidental do Segurado, conforme as Condições Contratuais, desde que observados os riscos excluídos (item 4 das Condições Gerais).

1.2 Esta Cobertura Adicional será concedida aos segurados, nas formas e limites especificados nas Condições Contratuais, podendo ser abrangidos:

- a) individual: somente os segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) familiar: os segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os filhos menores de 18 anos e dependentes legais.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para fins desta Cobertura Adicional é o capital segurado estabelecido nas Condições Contratuais.

3. INÍCIO DE VIGÊNCIA

3.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura de morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice.

3.1.1 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual constante no item 11 das Condições Gerais.

3.1.2 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cobertura, o início será simultâneo com o da cobertura de Morte do respectivo Segurado.

4. CANCELAMENTO DA COBERTURA

4.1 Esta cobertura adicional cancelará:

- a) com o cancelamento da apólice ou exclusão do segurado principal;
- b) com o cancelamento desta cobertura adicional ou da cobertura de origem; e
- c) de acordo com as demais regras de cessão de cobertura de cada cobertura origem.

4.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 15 das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1 Em caso de falecimento do Segurado, caberá ao(s) beneficiário(s) a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados, ficando os mesmos (beneficiários) responsáveis pelo pagamento dos serviços prestados junto a funerária, para posterior reembolso na Seguradora.

5.2 Do Reembolso

5.2.1 O pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus beneficiários,

no formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora. Na comunicação, por carta ou telegrama, deverá constar data, hora, local e causa do sinistro.

5.2.2 Será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- a) nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral;
- b) cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador.
- c) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado ou representante(s) legal(is) e médico assistente;
- d) cópia autenticada do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;
- e) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
- f) carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;
- g) cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento, se o seguro for contributivo;
- h) autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.
- i) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- j) cópia autenticada da proposta de adesão;
- k) boletim de Ocorrência Policial, se for o caso; e
- l) laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML.

5.3 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor especificado no Contrato do seguro.

5.4 Os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

5.5 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

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

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

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURAS

6.1 Esta Cobertura Adicional aplica-se aos eventos cobertos ocorridos em todo Globo Terrestre.

7. DISPOSIÇÃO FINAL

7.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL - ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional e dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, garante o reembolso das despesas com funeral, na hipótese de ocorrência de Morte Acidental do Segurado, conforme as Condições Contratuais, desde que observados os riscos excluídos (item 4 das Condições Gerais).

1.2 Esta Cobertura Adicional será concedida aos segurados, nas formas e limites especificados nas Condições Contratuais, podendo ser abrangidos:

- a) Individual: somente os segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) Familiar: os segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os **filhos menores de 18 anos** e dependentes legais.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para fins desta Cobertura Adicional é o capital segurado estabelecido nas Condições Contratuais.

3. INÍCIO DE VIGÊNCIA

3.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura de morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice.

3.1.1 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual constante no item 12 das Condições Gerais.

3.1.2 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cobertura, o início será simultâneo com o da cobertura de Morte do respectivo Segurado.

4. CANCELAMENTO DA COBERTURA

4.1 Esta cobertura adicional cancelará:

- a) com o cancelamento da apólice ou exclusão do segurado principal;
- b) com o cancelamento desta cobertura adicional ou da cobertura de origem; e
- c) de acordo com as demais regras de cessação da cobertura.

4.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 15 das Condições Gerais.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1 Em caso de falecimento do Segurado, caberá ao(s) beneficiário(s) a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados, ficando os mesmos (beneficiários) responsáveis pelo pagamento dos serviços prestados junto a funerária, para posterior reembolso na Seguradora.

5.2 Do Reembolso

5.2.1 O pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus beneficiários,

no formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora. Na comunicação, por carta ou telegrama, deverá constar data, hora, local e causa do sinistro.

5.2.2 Será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- a) nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral;
- b) cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador.
- c) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Segurado ou representante(s) legal(is) e médico assistente;
- d) cópia autenticada do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;
- e) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
- f) carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;
- g) cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento, se o seguro for contributivo;
- h) autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.
- i) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- j) cópia autenticada da proposta de adesão;
- k) boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- l) laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML

5.3 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor especificado no Contrato do seguro.

5.4 Os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

5.5 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

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

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

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1 Esta Cobertura Adicional aplica-se aos eventos cobertos ocorridos em todo Globo Terrestre.

7. DISPOSIÇÃO FINAL

7.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

COBERTURA ADICIONAL CESTA BÁSICA - DOENÇA E ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, garante o capital segurado referente à cesta básica, em caso de Morte Natural ou Morte Acidental do Segurado principal, nos termos das Condições Contratuais, desde que observados os riscos excluídos (item 4 das Condições Gerais).

2. CAPITAL SEGURADO E LIMITE DE INDENIZAÇÃO

2.1 O valor do capital segurado e a quantidade de pagamentos das cestas básicas estarão indicados nas Condições Contratuais.

3. INÍCIO DE VIGÊNCIA

3.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura de morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice.

3.1.1 **O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual constante no item 12 das Condições Gerais.**

3.1.2 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cobertura, o início será simultâneo com o da cobertura de Morte do respectivo Segurado.

4. CANCELAMENTO DA COBERTURA

4.1 Esta cobertura adicional cancelamento:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice; ou
- c) com o esgotamento do capital segurado contratado.

4.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 15 das Condições Gerais.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1 Para cobertura de Morte Natural ou Morte Acidental o segurado poderá nomear um beneficiário para o recebimento deste benefício na Proposta de Adesão.

5.2 Não havendo nomeação do beneficiário pelo Segurado, a Seguradora pagará a indenização aos herdeiros legais.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1 Esta Cobertura Adicional aplica-se aos eventos cobertos ocorridos em todo Globo Terrestre.

7. DISPOSIÇÃO FINAL

7.1 **Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.**

COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA - ACIDENTE

1. CONCEITO DA COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional garante o capital segurado referente à cesta básica, em caso de Morte Acidental do segurado principal, nos termos das Condições Contratuais, desde que observados os riscos excluídos (item 4 das Condições Gerais).

2. CAPITAL SEGURADO E LIMITE DE INDENIZAÇÃO

2.1 O valor do capital segurado e a quantidade de pagamentos das cestas básicas estarão indicados nas Condições Contratuais.

3. INÍCIO DE VIGÊNCIA

3.1 A presente cobertura adicional começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início de vigência da cobertura de morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura Adicional não integrar as condições iniciais da apólice.

3.1.1 O início de vigência desta cobertura será concomitante com o início de vigência do risco individual constante no item 11 das Condições Gerais.

3.1.2 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cobertura, o início será simultâneo com o da cobertura de Morte do respectivo Segurado.

4. CANCELAMENTO DA COBERTURA

4.1 Esta cobertura adicional cancelará:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice; ou
- c) com o esgotamento do capital segurado contratado.

4.2 Além das situações descritas no item acima deverão ser observados o item 15 das Condições Gerais.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1 Para cobertura de Morte Acidental o segurado poderá nomear um beneficiário para o recebimento deste benefício na Proposta de Adesão.

5.2 Não havendo nomeação do beneficiário pelo segurado, a Seguradora pagará a indenização aos herdeiros legais.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1 Esta cobertura Adicional aplica-se aos eventos cobertos ocorridos em todo Globo Terrestre.

7. DISPOSIÇÃO FINAL

7.1 Aplicam-se a esta Cobertura Adicional, no que não conflitarem todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro.

Atendimento Vida e Previdência: 3366-3377 (Gde. São Paulo) - **0800 727 9393** (Demais Localidades)
SAC: 0800 727 2746 (cancelamento, informação e reclamação) - **0800 727 8736** (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) - Ouvidoria: **0800 727 1184** - Site: **www.portoseguro.com.br**