



SEGURO COLETIVO DE PESSOAS FLEXÍVEL

Condições Gerais

Processo SUSEP nº 15414.004510/2012-11

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO	4
2.	DEFINIÇÕES	4
3.	COBERTURAS DO SEGURO	10
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	11
5.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	14
6.	CARÊNCIA.....	14
7.	GRUPO SEGURÁVEL	15
8.	ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS.....	17
9.	ACEITAÇÃO.....	18
10.	VIGÊNCIA	19
11.	CAPITAL SEGURADO	20
12.	PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	21
13.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	24
14.	PRAZO DE TOLERÂNCIA	25
15.	PERDA DE DIREITO	25
16.	CANCELAMENTO DO SEGURO	27
17.	TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO	29
18.	OBRIGAÇÃO	29
19.	REGULAÇÃO DE SINISTRO	33
20.	BENEFICIÁRIOS	43
21.	REGIME FINANCEIRO	44
22.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	44
23.	SUB-ROGAÇÃO	44
24.	FORO.....	44
25.	DISPOSIÇÕES GERAIS	45
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE (MRT)	46
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (MEP)	49

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA).....	52
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA).....	56
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	63
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)	67
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL (RDF) 72	
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL POR MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (RDF-EP)	75
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (GASSF)	78
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (GASSF-EP)	83
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)	87
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE DOENÇAS GRAVES (DIH-DG).....	92
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI (DIH-UTI)	98
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)	103
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE CESTA ALIMENTAÇÃO POR MORTE (CA-MRT) ...	111
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO – RENDA MENSAL (DD-AFACIDT-RM)	114
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO – CAPITAL ÚNICO (DD-AFACIDT-CAP)	120
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO (ASS-AFACIDT)	126
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE DE TRABALHO (DD-ACIDT).....	132
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA LER OU DORT (RITLD).....	137
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC).....	144
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF).....	148

1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir o pagamento de indenização e/ou reembolso ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), limitada ao Capital Segurado Individual contratado, em decorrência de um dos eventos cobertos, ocorrido durante a Vigência do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais. O Segurado terá direito apenas à(s) cobertura(s) devidamente contratada(s) na Proposta de Contratação, e que esteja(m) expressa(s) na Apólice e no Certificado Individual.

DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE SEGURO NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE OU DEVOLUÇÃO DE PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR AS INDENIZAÇÕES DOS SINISTROS OCORRIDOS NO MESMO PERÍODO, ESTIMADOS PELO RISCO DE OCORRÊNCIA DO EVENTO COBERTO, NÃO HAVENDO, PORTANTO, A CONSTITUIÇÃO DE RESERVA MATEMÁTICA.

O Seguro comercializado pela CAPEMISA é um seguro coletivo de pessoas. Sendo assim, tal produto não se caracteriza como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s).

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal;

Excluem-se deste conceito:

- a)** As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b)** As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c)** As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como as Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que

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

d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "Invalidez Acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido acima.

e) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma Doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

Apólice de Seguro: É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante, nos planos coletivos.

Aviso de Sinistro: É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou Terceiros Interessados é(são) obrigado(s) a fazer ao Segurador assim que tenha seu conhecimento. O aviso só é configurado a partir da entrega da documentação completa.

Beneficiário: São as Pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) livremente pelo Segurado ou, na ausência de designação, os herdeiros legais definidos em legislação vigente à época do evento, que farão jus ao recebimento da indenização, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Boa-Fé: É um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade e transparência na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

Cancelamento do Seguro: É a extinção do Contrato de Seguro antes do término de sua Vigência por algum dos motivos previstos nestas Condições Contratuais.

Capital Segurado: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora como indenização, na ocorrência do sinistro coberto, durante a vigência da Apólice, respeitando estas Condições Contratuais.

Carregamento: É o percentual que incide sobre o prêmio, definindo a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização da Seguradora.

Certificado Individual: É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação do Proponente e discrimina a(s) cobertura(s) contratada(s), bem como seus respectivos valores de Capital Segurado Individual, e suas alterações ao longo da vigência do Contrato.

Coberturas: São os riscos assumidos pela Seguradora perante o Segurado, e discriminados no Certificado Individual, e que geram direito à indenização quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

Coberturas de Risco: São as coberturas do Seguro Sobre a Vida e a Integridade Física cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

Condições Gerais: É o conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários, bem como as características gerais do Seguro.

Condições Especiais: É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de Seguro.

Consignante: É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo seu respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados.

Contrato do Seguro: É o documento que estabelece para uma das partes (Seguradora), mediante pagamento (Prêmio) pela outra parte (Estipulante e/ou Segurado), a obrigação de pagar, a esta, determinada importância, no caso de ocorrência de um Sinistro. É constituído de dois documentos principais, a saber: a Proposta e a Apólice. Na Proposta, o Proponente ao seguro fornece as informações necessárias para a avaliação do Risco, e, caso a Seguradora opte pela Aceitação do mesmo, é emitida a Apólice, a qual formaliza a contratação do seguro.

Corretor de Seguros: É a pessoa física ou jurídica, legalmente habilitada e autorizada a angariar e a promover Contratos de Seguro, sendo remunerada mediante o pagamento de comissões estabelecidas para o produto ou contratação.

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

Doença ou Lesão Preexistente: As doenças, lesões ou sequelas, inclusive as congênitas, contraídas antes da data de contratação do Seguro, que são de prévio conhecimento do Segurado, e que, se não forem declaradas na Proposta de Contratação, não geram para o Segurado ou Beneficiário o direito à Indenização.

Endosso: É o documento emitido pela CAPEMISA, por intermédio do qual são alterados dados e condições da Proposta de Contratação de comum acordo com o Segurado.

Estipulante: É a pessoa natural ou jurídica, que contrata a Apólice Coletiva de Seguro, sendo investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

Encampação de Apólice: É a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra Seguradora.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Contratuais, desde que contratadas na Apólice.

Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice Coletiva.

Grupo Segurável: É a totalidade de pessoas vinculadas ao Estipulante e/ou Subestipulante que reúnem as condições para inclusão na Apólice coletiva.

Indenização: É o valor a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência do evento coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

Liquidação de Sinistro: É o processo para pagamento da indenização ao Segurado/Beneficiário.

Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. Não serão aceitos como médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, os que se vincularem por parentesco civil ou por afinidade, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Migração de Apólices: É a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra Seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

Natimorto: É o feto que morreu dentro do ventre da mãe ou durante o trabalho de parto.

Nota Técnica Atuarial: É o documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

Período de Cobertura: É o período, contado a partir do início de vigência, durante o qual o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), fará(ão) jus à indenização, limitada ao Capital Segurado contratado, observado o período de carência e franquia.

Plano de Seguro: É o conjunto dos documentos composto por estas Condições Contratuais e pela Nota Técnica Atuarial que definem as características deste Seguro, comercializado pela Seguradora. O Plano de Seguro é submetido à SUSEP, para autorização de comercialização.

Prazo de Carência: É o período, contado a partir da data de início de vigência da cobertura individual do Segurado, ou do aumento do Capital Segurado Individual, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento integral do Capital Segurado Individual contratado, como indenização.

Prazo de Tolerância: É o período contado a partir do dia imediatamente posterior à data de vencimento do pagamento do prêmio vencido e não pago, durante o qual o Segurado ainda fará jus à cobertura contratada.

Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

Proponente: São as Pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) interessada(s) em contratar a cobertura de Seguro, apresentando à Seguradora uma Proposta de Contratação com informações de sua responsabilidade.

Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, expressa a intenção de contratar a(s) cobertura(s) do Seguro, manifestando pleno conhecimento das regras estabelecidas nas Condições Contratuais. Constituirão parte integrante da Proposta de Contratação, eventuais aditivos/endossos que venham a ser formalizados.

Proposta de Adesão Individual: 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. Constituirão parte integrante da Proposta de Adesão Individual, eventuais aditivos/endossos que venham a ser formalizados.

Regime Financeiro de Repartição Simples: É a estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos ocorridos nesse período.

Reintegração de Capital: Restabelecimento da importância segurada após a ocorrência do sinistro e o pagamento do Capital Segurado Individual pelo evento coberto.

Renovação Automática: Modalidade de renovação na qual o Seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

Risco: É o evento futuro ou incerto, de natureza súbita e imprevista, que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o Seguro.

Riscos Excluídos: São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano de Seguro.

Segurado: Segurado: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e estabelecerá o Seguro, podendo ser subdividido em:

- a) Segurado Principal: é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante;
- b) Segurado Dependente: é a pessoa física incluída no Seguro por intermédio do Segurado Principal.

Seguradora: É a Empresa, devidamente constituída e legalmente autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) a operar no país, que assume os riscos inerentes as coberturas contratadas, que nos termos destas Condições Contratuais é a Capemisa Seguradora de Vida e Previdência S/A.

Seguro: É o Contrato pelo qual uma das partes (Seguradora) se obriga, mediante pagamento de prêmio, a indenizar outra (Segurado e/ou Estipulante) pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

Sinistro: É a ocorrência do risco coberto durante o período de vigência do plano de Seguro.

Subestipulante: É a pessoa física ou jurídica que possui vínculo com o subgrupo. É designada pelo Estipulante e aceita pela Seguradora, sendo investida de poderes de representação dos Segurados de cada subgrupo, perante a Seguradora.

Vigência do Seguro: É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

Vigência da Cobertura individual: É o período em que o Segurado está coberto pelas coberturas deste seguro.

Traslado de Corpo: Ato de transportar um corpo de um lugar para outro (Local do sepultamento ou cremação).

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1 Para fins deste Seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles definidos nestas Condições Contratuais. O Segurado terá direito apenas à(s) cobertura(s) devidamente contratada(s) na proposta de contratação, e que esteja(m) expressa(s) na Apólice e no Certificado Individual.

3.1.1 A Seguradora cobrirá apenas os riscos previstos nas coberturas contratadas informadas na Proposta de Contratação devidamente expressa na(s) Apólice(s), Certificado(s) e seus respectivos aditivos.

3.2 As coberturas deste Seguro, a seguir descritas, dividem-se em Básicas, Adicionais e Suplementares.

3.2.1 As Coberturas Básicas oferecidas por este Seguro são:

- Morte (MRT);
- Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (MEP);
- Morte Acidental (MA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Invalidez permanente Total por Acidente (IPTA);
- Diária de Internação Hospitalar (DIH);
- Diária de Internação Hospitalar em caso de Doenças Graves (DIH-DG);
- Diária por Internação Hospitalar em UTI (DIH-UTI);
- Renda por Incapacidade Temporária em caso de doença ou acidente (RIT);
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- Reembolso de Despesas com Funeral (RDF);
- Reembolso de Despesas com Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (RDF-EP);
- Assistência Funeral (GASSF);
- Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (GASSF-EP);
- Assistência Cesta Alimentação por morte (CA-MRT);
- Despesas Diversas por Afastamento por Acidente de Trabalho - Renda Mensal (DD-AFACIDT-RM);
- Despesas Diversas por Afastamento por Acidente de Trabalho - Capital Único (DD-AFACIDT-CAP);
- Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho (ASS-AFACIDT);
- Despesa Diversa por Acidente de Trabalho (DD-ACIDT);

3.2.2 A Cobertura Adicional oferecida por este Seguro é:

- Renda por Incapacidade Temporária LER ou DORT - (RITLD);

3.2.3 As Coberturas Suplementares oferecidas por este Seguro são:

- Inclusão de Cônjuge (IC) - de forma automática e facultativa.
- Inclusão de Filho (IF) - de forma automática e facultativa.

3.3 A contratação da Garantia Adicional de Renda por Incapacidade Temporária por LER e DORT, fica condicionada a contratação da garantia Básica de Renda por Incapacidade Temporária.

3.4 As coberturas de Assistência Funeral e Reembolso de Despesas com Funeral não podem ser contratadas em conjunto.

3.5 As coberturas de Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia e Reembolso de Despesas com Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia não podem ser contratadas em conjunto.

3.6 A contratação de qualquer Cobertura Adicional ou Suplementar fica condicionada à contratação de pelo menos uma Cobertura Básica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos das Coberturas deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

- a)** contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do Segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice;
- b)** 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;
- c)** o suicídio, ou a(s) sequela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos da Vigência da Cobertura do Segurado;
- d)** danos morais;
- e)** para pessoas com deficiência (PCD):

- Lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;
 - Condições clínicas advindas de qualquer complicação, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos;
 - Lesões e disfunções preexistentes de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação.
- f)** invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- g)** movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emanção de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora;
- h)** utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo, salvo se proveniente de serviço militar;
- i)** atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro;
- j)** doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, não declarados na Proposta de Contratação e de conhecimento do Segurado;
- k)** doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- l)** nos seguros contratados por pessoa jurídica, atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- m)** epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, gripe aviária, envenenamento, exceto por absorção de substância tóxica e escapamento accidental de gases e vapores, de caráter coletivo.
- n)** Ciclone, furacão, tufão, tempestade, enchente, inundação, tornado, maremoto, tsunami, terremoto, sismo, abalo sísmico, deslizamento de terra, erosão, rompimento de barragem, granizo, seca, incêndio florestal, descarga elétrica atmosférica (raio), erupção vulcânica, nevasca;

o) atos de Terrorismo Nuclear, Biológico ou Químico. Perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor estas Condições Contratuais.

p) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, choque anafilático, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, desde que decorrentes de acidente pessoal não coberto;

q) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que suas consequências se manifestem durante a Vigência da Cobertura do Segurado;

r) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;

s) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;

t) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

u) perda de dentes e danos estéticos, salvo se contratado cobertura correspondente.

v) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (SNFMMF);

w) atos reconhecidamente perigosos que não seja motivado por necessidade justificada

x) participação em disputas ou duelos (amadores e profissionais);

y) sequestro ou tentativa de sequestro;

z) condução de veículo sem a devida habilitação (CNH) para a respectiva categoria.

4.2 Além dos Riscos Excluídos listados acima, haverá Riscos Excluídos específicos listados nas respectivas Condições Especiais de cada cobertura.

4.3 A Seguradora não se eximirá ao pagamento da Indenização, quando a morte do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4.4 Quando os eventos abaixo forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal, a Seguradora não se eximirá ao pagamento da Indenização da cobertura de Morte:

a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;

- b) o parto ou aborto e suas consequências;
- c) o choque anafilático e suas consequências.

4.5 O risco excluído referente a epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, não se aplica para as coberturas de:

- a) Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (MEP);
- b) Auxílio Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (AUXF- EP);
- c) Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (GASSF – EP);
- d) Reembolso de Despesa com Funeral, por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia (RDF – EP);
- e) Inclusão de Cônjuge e Filho - Morte decorrente de Epidemia e Pandemia.

4.6 O risco excluído referente doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER, não se aplica para a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por LER e DORT (RITLD).

5. ÂMBITO GEOGRAFICO DA COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. CARÊNCIA

6.1 É o período, contado a partir da data de início de vigência da cobertura individual do Segurado, ou do aumento do Capital Segurado Individual, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento do Capital Segurado Individual contratado, como indenização, conforme definido nas Condições Contratuais.

6.2 Haverá carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

6.3 O(s) prazo(s) de carência, quando previsto(s) pelo Seguro, constará(ão) na Proposta de Contratação.

6.4 Os critérios para fixação de carência, seus prazos e períodos, quando previstos, serão idênticos para todos os Segurados de uma mesma Apólice.

6.5 Em caso de renovação de Apólice não será iniciado novo prazo de carência.

6.6 No caso de transferência de grupo Segurado de outra Seguradora para a Capemisa, não será considerada carência para Segurados que já cumpriram carência durante a vigência da apólice transferida da(s) Seguradora(s) anterior(es). Para os Segurados que já cumpriram parte da carência, será mantida a contagem de prazo oriunda da(s) Seguradora(s) anterior(es).

6.7 Caso sejam incluídos novos Segurados na apólice a ser renovada ou na transferência de grupo Segurado, estes estarão sujeitas ao cumprimento do período de carência, a contar a partir do início de vigência da cobertura individual do Segurado.

6.8 O período de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência.

6.9 Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa.

6.10 O Período de Carência poderá ser aplicado aos aumentos de Capital Segurado solicitados após o início de vigência, sendo aplicado o prazo de carência sobre a diferença do Capital Segurado aumentado.

6.11 Em caso de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência do Endosso de aumento de Capital Segurado da cobertura contratada, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito sobre a parte aumentada.

6.12 Em caso de sinistro de Morte ou Invalidez por Doença, durante o Período Integral de Carência, é previsto exclusivamente a devolução dos Prêmios Pagos para o(s) Beneficiário(s) indicado(s)/Segurado. Para os demais tipos de sinistros, não se aplica a devolução de prêmios.

6.13 Em caso de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura contratada, o(s) Beneficiário(s) também não terá (ão) direito à devolução de prêmios.

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

7. GRUPO SEGURÁVEL

7.1 Somente serão aceitos no grupo Segurado os Proponentes pertencentes ao grupo segurável, isto é, aqueles que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante e/ou Subestipulante, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, observados os limites de idade e de Capitais Segurados, e que tiverem preenchido e assinado a Proposta de Adesão Individual, com a Declaração

Pessoal de Saúde, quando exigida, o que será ratificado na Proposta de Contratação. A aceitação do Segurado fica condicionada à análise pela Seguradora da Proposta de Adesão Individual.

7.2 O vínculo de que trata o item anterior estará de forma clara e objetiva definido na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão Individual.

7.3 Para a contratação do Seguro sobre a vida dos outros, o Proponente é obrigado a declarar, sob pena de falsidade, o seu interesse pela preservação da vida da pessoa que deseja segurar. Até prova em contrário, presume-se o interesse quando a pessoa a quem se deseja segurar é cônjuge, ascendente ou descendente do interessado.

7.4 Nos Seguros não contributários, todos os integrantes do Grupo Segurável serão incluídos na Apólice, excetuando-se apenas as pessoas impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem expressamente contra sua inclusão no Seguro.

7.5 Podem ser aceitos no Seguro, mediante prévio acordo entre as partes, os aposentados por tempo de serviço que estejam em perfeitas condições de saúde, o que constará da Proposta de Contratação.

7.6 Fica estabelecido que a aceitação de aposentados e afastados poderá ser permitida de acordo com o definido na Proposta de Contratação.

7.7 As pessoas com deficiência (PCD) que fizerem parte do grupo Segurado estarão aceitas em todas as coberturas contratadas, todavia, ficando excluídos os riscos relacionados na alínea “d” do item 4.1.

7.8 Inclusão de Dependentes

7.8.1 Podem ser incluídos neste Seguro como dependentes do Segurado Principal: cônjuge, filhos/enteados e Pais do Segurado Principal, desde que estes não pertençam ao grupo segurável principal. Quando os Segurados principais tiverem dependentes comuns, estes serão incluídos, uma única vez, pelo Segurado cujo valor do Capital Segurado da Cobertura básica for maior.

7.8.2 A indenização por morte do dependente é devida ao Segurado Principal.

7.8.3 Para menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado Principal ou dependente.

7.8.4 O Capital Segurado Individual do Segurado Dependente, em quaisquer coberturas, não pode ser superior ao do Segurado Principal.

8. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

8.1 O Seguro Sobre a Vida e a Integridade Física será estipulado por Pessoa Física ou Jurídica, em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo se vincule, ressalvado o disposto no subitem 8.2. O Estipulante representa os Segurados e o(s) Beneficiário(s) durante a formação e a execução do contrato e é o responsável pelo cumprimento das obrigações contratuais.

8.1.1 Para fins de interpretação das presentes Condições Contratuais, as referências ao Estipulante, aplicam-se aos Subestipulantes.

8.2 Fica expressamente vedada a atuação das seguintes figuras como Estipulante de:

a) Empresas corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;

b) Corretores de seguros;

c) Sociedades Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

8.3 A vedação estabelecida no subitem 8.2 não se aplica aos empregadores que estipulem Seguro em favor de seus empregados.

8.4 Não é considerado Estipulante a pessoa jurídica que tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento dos respectivos Segurados e o consequente repasse em favor da Seguradora, sem ter subscrito a Proposta de Contratação.

8.5 É expressamente vedado ao Estipulante:

a) Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;

b) Rescindir o Contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo Segurado;

c) Efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado;

d) Vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

9. ACEITAÇÃO

9.1 A celebração do Contrato de Seguro somente será feita mediante Proposta de Contratação datada e assinada pelo Proponente, seu Representante Legal ou por Corretor de Seguros habilitado, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.

9.2 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

9.3 A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para se manifestar sobre a não aceitação da Proposta de Contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para Seguros novos, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. No caso do término do prazo de 25 (vinte e cinco) dias sem que tenha ocorrido manifestação por parte da Seguradora, se caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Contratação.

9.4 A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.5 No caso de não aceitação da Proposta, a Seguradora deverá enviar uma comunicação formal ao Proponente, ou ao seu representante legal ou ao Corretor de Seguros, com a devida justificativa da recusa.

9.6 Aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá e disponibilizará ao Estipulante a Apólice, em até 15 (quinze) dias a partir da data de sua aceitação. Em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.

9.7 Aceita a Proposta de Adesão Individual, a Seguradora emitirá e disponibilizará ao Segurado o Certificado Individual, em até 15 (quinze) dias a partir da data de aceitação da Proposta. Em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.

9.8 Se o Segurado, por si ou por quaisquer de seus Representantes, de má-fé, prestar informações inexatas na formação do contrato ou omiti-las, o Seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação da informação inexata ou omitida aconteça quando ocorrer algum evento que estaria coberto pela Apólice.

9.8.1 Se a inexatidão ou omissão na informação, por qualquer motivo, não resultar de má-fé do Segurado, deverá ser considerado o disposto no item *Perda de Direito* destas Condições Gerais.

10. VIGÊNCIA

10.1 Vigência do Seguro

10.1.1 A vigência do seguro será de até 5 (cinco) anos, sendo definida na Proposta de Contratação.

10.1.2 As Apólices, os Certificados Individuais e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

10.1.3 Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

10.1.4 Nos Contratos de Seguro assinados pelo Proponente ou por seu Representante Legal ou Corretor de Seguros habilitado, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da Proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da Proposta de Contratação.

10.2 Renovação do Seguro

10.2.1 Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

10.2.2 As Apólices e os Certificados Individuais poderão ser renovados automaticamente uma única vez, e por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice, comunicar o desinteresse pela Renovação. As renovações posteriores devem ser feitas de forma expressa.

10.2.3 A renovação que não implicar em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada de forma expressa.

10.2.4 A renovação que implicar em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

10.2.5 Caso a Seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar aos Segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

10.3 O primeiro prêmio emitido corresponderá à cobertura do risco contratado a partir do início de vigência da Apólice, até o final do período equivalente à periodicidade de pagamento escolhida (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual).

10.3.1 Cada prêmio emitido seguinte terá seu início de vigência correspondente da cobertura do risco contratado no dia subsequente ao fim de vigência do prêmio anterior, que vigorará até o final do período equivalente à periodicidade de pagamento escolhida (mensal, bimestral, trimestral semestral ou anual).

11. CAPITAL SEGUADO

11.1 Entende-se como Capital Segurado o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

11.1.1 O valor do Capital Segurado Individual define para cada Segurado o valor máximo a ser pago de Indenização para cada cobertura, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, e estará expresso no Certificado Individual de cada Segurado.

11.1.2 Os valores dos Capitais Segurados individuais não necessariamente serão iguais a todos os Segurados da Apólice, podendo variar de acordo com as condições definidas na Proposta de Contratação.

11.1.3 Os valores dos Capitais Segurados expressos na Apólice representam os limites mínimos e máximos dos Capitais Segurados Individuais, não sendo em nenhuma hipótese correspondentes aos valores dos Capitais Segurados individuais, que devem ser consultados individualmente no Certificado Individual de cada Segurado.

11.2 Para cada grupo pode haver uma ou mais classes de Capitais Segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, o que constará na Proposta de Contratação, tais como:

- a)** capital de livre escolha definido na tabela a constar da Proposta de Adesão Individual;
- b)** múltiplo salarial,
- c)** capital único ou fixo,
- d)** escalonado por idade,
- e)** escalonado por faixa salarial, ou
- f)** escalonado por categoria funcional.

11.3 Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional, estando vedada à utilização de qualquer outra unidade monetária.

11.4 Nos Seguros de Pessoas, o Capital Segurado é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

11.5 A data do evento gerador de cada cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação de sinistro, está disposta na respectiva Condição Especial de cada cobertura deste Seguro.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1 Fica estabelecido que qualquer pagamento de Indenização, por força do presente Contrato, somente passa a ser devido depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado.

12.2 O tipo de custeio de prêmio deste Seguro, item expressamente definido na Proposta de Contratação, classifica-se em:

- a)** contributivo: é o Seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;
- b)** não-contributivo: é o Seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante;
- c)** parcialmente contributivo: é o Seguro em que os Segurados e o Estipulante participam do custeio do Seguro, assumindo percentuais livremente pactuados entre as partes. Esta modalidade equivale ao Seguro contributivo.

12.3 O pagamento integral de cada prêmio deverá ser efetuado de acordo com o meio de pagamento selecionado para Proposta, sendo responsabilidade do Segurado e/ou Estipulante garantir a comprovação de que todos os prêmios foram pagos de forma correta.

12.4 Quando o meio de pagamento selecionado for boleto bancário, este será disponibilizado pela CAPEMISA, com antecedência de, pelo menos, 10 (dez) dias da data de seu vencimento.

12.5 Quando o meio de pagamento selecionado for débito em conta, é responsabilidade do Segurado e/ou Estipulante efetuar e manter a autorização do débito junto à instituição bancária, bem como saldo suficiente em conta para a efetivação do referido débito.

12.6 Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do Segurado e/ou Estipulante manter os dados atualizados do cartão, bem como limite suficiente para garantir o correto pagamento da cobrança.

12.7 Caso o prêmio do Seguro contratado não seja pago, ou o pagamento esteja abaixo do valor integral devido, poderá a CAPEMISA efetuar cobrança complementar do valor que integre a totalidade do prêmio devido em parcela posterior ou em documento de cobrança específico para este fim.

12.8 Em caso de a cobrança complementar via débito em conta, ela será efetuada conforme autorização expressa do Segurado e/ou Estipulante na Proposta de Contratação ou em formulário de autorização para débito em conta. O Segurado e/ou Estipulante deverá realizar autorização para débito em conta junto à Instituição Financeira indicada no ato da assinatura da Proposta.

12.8.1 No caso de a cobrança alternativa não funcionar, o contrato será considerado inadimplente e o Segurado e/ou Estipulante sujeito às ações de cobrança e estará apto ao cancelamento por parte da Seguradora de acordo com as regras definidas nessas Condições Gerais, ou no caso de inadimplência parcial, terá o Capital Segurado recalculado de acordo com o valor do prêmio recolhido.

12.9 Para o tipo de custeio contributivo e parcialmente contributivo:

12.9.1 É responsabilidade do Segurado garantir a comprovação de que todos os prêmios foram pagos de forma correta.

12.9.2 A comprovação do pagamento, quando necessária, ocorrerá por meio do envio de um documento suporte comprobatório, referente a qualquer um dos meios de pagamento disponíveis. Neste caso, caberá à CAPEMISA verificar as informações junto à instituição de cobrança conveniada.

12.10 Quando o meio de pagamento selecionado for averbação em folha de pagamento, deverão ser observados os critérios elencados a seguir:

12.10.1 Caso o pagamento do prêmio do plano contratado seja processado com sucesso, e em seu valor integral, pelo consignante na folha de pagamento do Segurado, a ausência de repasse à CAPEMISA desses prêmios recolhidos pelo consignante que, não corresponda à figura de estipulante, não poderá causar prejuízo ao Segurado ou respectivos Beneficiários, no que se refere à cobertura prevista nessas Condições Gerais e demais direitos oferecidos na Apólice.

12.11 O prêmio poderá ser pago de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação.

12.12 O valor do Prêmio Individual do Seguro será estabelecido conforme o Capital Segurado Individual definido, o que constará da Proposta de Adesão Individual e Certificado Individual.

12.13 O valor do Prêmio Individual inicial é calculado multiplicando o valor do Capital Segurado Individual Contratado pela taxa comercial correspondente à idade do Segurado, na data de assinatura da Proposta de Adesão Individual.

12.14 O valor do Prêmio Total do Seguro será calculado pelo somatório do Prêmio individual de todos os Segurados da Apólice, o que constará da Proposta de Contratação e da Apólice do Seguro.

12.15 O valor do Prêmio e do Capital Segurado serão atualizados monetariamente conforme disposto no item *Atualização Monetária*.

12.16 O dia de vencimento para pagamento do prêmio será definida na Proposta de Contratação, sendo suscetível as definições das formas de pagamento disponíveis.

12.17 Se a data de vencimento da cobrança para o pagamento do prêmio coincidir com o dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

12.18 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro vigente até o último dia do período de cobertura a que o prêmio se refere.

12.19 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento não quita os eventuais débitos de prêmio(s) anterior(es) em aberto.

12.20 Os valores devidos a título de devolução de prêmios pela Seguradora, estritamente enquadrados nos subitens abaixo, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva pelo índice estabelecido no item *Atualização Monetária*, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

12.20.1 No caso de cancelamento do Seguro, a devolução dos valores de prêmios já pagos relativos às competências posteriores à do cancelamento, serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

12.20.2 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, a devolução de tais valores serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

12.20.3 No caso de nulidade do Contrato de Seguro não decorrente de má-fé, os valores que se trata neste item serão exigíveis a partir da data que se comprova a nulidade do contrato.

12.21 Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso pelo Segurado serão acrescidos de atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item Atualização Monetária, a partir da data em que se tornarem exigíveis, multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% a.m. (um por cento ao mês), ou sua equivalente diária.

13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

13.1 Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, durante a vigência do Seguro, na data de aniversário da Apólice, pelo IPC-M/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês do aniversário da Apólice, exceto para as apólices que possuam recálculo do Capital Segurado pela variação salarial.

13.1.1 Alternativamente ao disposto no item anterior, os Capitais Segurados e Prêmios poderão ser atualizados, no período de renovação da Apólice, conforme critério definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação.

13.2 No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

13.3 Para a hipótese de não ser possível seguir os procedimentos de atualização monetária previstos nesta Condição Geral, em virtude da edição de lei ou medida governamental que altere os critérios de atualização monetária, o Segurado/Estipulante e a Seguradora ajustam as seguintes disposições:

13.3.1 Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado o índice que vier a substituí-lo.

13.3.2 Se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada conforme deliberação do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

14. PRAZO DE TOLERÂNCIA

14.1 Caso o Segurado e/ou Estipulante não efetue à Seguradora o pagamento dos prêmios até a data do seu vencimento, fica garantido o direito à cobertura desde que o atraso no pagamento do prêmio, contado a partir do recebimento da notificação, ou a sua recusa ou frustração, não ultrapasse 90 (noventa) dias, sendo esse período denominado Prazo de Tolerância.

14.2 Se o prêmio não for pago até a data estabelecida, conforme disposto no item *Pagamento do Prêmio*, o Segurado poderá pagar posteriormente o prêmio em atraso acrescido de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios iguais a 1% a.m. (um por cento ao mês) e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse o prazo estabelecido no item 14.1.

14.3 O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado e/ou Estipulante é o índice definido no item *Atualização Monetária*.

14.4 Caso o Segurado e/ou Estipulante permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento integral dos prêmios devidos) por período superior ao estabelecido no item 14.1, a Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

14.5 No caso da ocorrência do sinistro durante o Prazo de Tolerância, se constatado o direito à Indenização, a mesma será paga deduzida dos prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa de 2% (dois por cento), juros moratórios iguais a 1% a.m. (um por cento ao mês) e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*.

15. PERDA DE DIREITO

15.1 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado, pela Seguradora, que silenciou de má-fé.

15.2 O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco sem comunicar previamente a Seguradora.

15.3 Se o Segurado, por si, por seu Representante ou Corretor de Seguros, de má-fé, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, perderá a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

15.4 Considera-se doenças preexistentes todas e quaisquer doenças e/ou lesões preexistentes que o Segurado tenha conhecimento antes da contratação do Seguro.

15.4.1 É dever do Segurado e/ou seu representante informar à Seguradora as doenças e/ou lesões preexistentes durante o processo de contratação do seguro.

15.4.2 Não haverá cobertura sobre qualquer doença preexistente que seja de conhecimento do Segurado e que não tenha sido comunicada na Proposta ou na Declaração Pessoal de Saúde, por ele e/ou seu representante.

15.5 Se a inexistência ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, de seu representante, Corretor de Seguros ou do Estipulante, a Seguradora deverá:

15.5.1 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) Cancelar o seguro, se o risco for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ocorrendo a restituição dos prêmios pagos pelo Segurado; ou

b) Permitir a continuidade do seguro, reduzindo proporcionalmente o Capital Segurado contratado ao prêmio pago considerando as informações anteriormente não reveladas.

15.5.2 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) Cancelar o seguro, se o risco for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ocorrendo a restituição dos prêmios pagos pelo Segurado; ou

b) Pagar o Capital Segurado, reduzido proporcionalmente ao prêmio pago, considerando as informações anteriormente não reveladas.

15.5.3 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

a) Cancelar o seguro, se o risco for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ocorrendo a restituição dos prêmios pagos pelo Segurado; ou

b) Pagar o Capital Segurado, reduzido proporcionalmente ao prêmio pago, considerando as informações anteriormente não reveladas.

15.6 O(s) Beneficiário(s) ou o Interessado deverão comunicar prontamente à CAPEMISA SEGURADORA S/A a ocorrência ou a iminência de sinistro, por qualquer meio idôneo, bem como deverá

prestar todas as informações de que disponha acerca do evento, suas causas e consequências, sempre que solicitado pela Seguradora, de modo a colaborar com a adequada regulação do sinistro.

15.7 A Seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco pelo Segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

- a) cancelar o seguro;
- b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
- c) cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

15.8 O cancelamento do seguro só será eficaz trinta dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer, se houver.

15.9 Caso a Cobertura seja enquadrada como tecnicamente impossível durante a vigência do contrato, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o contrato será extinto, com a previsibilidade da devolução dos prêmios pagos após a data de conhecimento do risco impossível, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

15.10 O contrato será considerado nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco coberto é impossível ou já se realizou, sendo devido o dobro do valor do prêmio pago à parte que não tiver o conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco.

15.11 Será considerada nula a garantia relativa a evento decorrente de ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou por Representante de um ou de outro, não cabendo qualquer pagamento de indenização. A nulidade da garantia não se aplica quando o ato doloso for praticado por Representante do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) em prejuízo destes, desde que o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não tenham conhecimento do ato doloso, hipótese em que o direito à indenização será preservado.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 O não pagamento do Prêmio por parte do Segurado e/ou Estipulante nos prazos estipulados na Proposta de Contratação poderá acarretar o cancelamento automático do Seguro, se após notificado, não houver regularizado a adimplência do prêmio antes de completar o período estabelecido no item *Prazo de Tolerância*.

16.1.1 A notificação a que se refere o item anterior poderá ser feita por meio de carta, e-mail, SMS ou qualquer outro meio físico ou digital disponível ao cliente, resguardada a sua privacidade.

16.2 Caso o Segurado não regularize a sua inadimplência até o último dia estabelecido no item *Prazo de Tolerância*, a Seguradora ficará integralmente liberada do pagamento do sinistro ocorrido a partir de então.

16.3 O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre o Estipulante e a Seguradora, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

16.4 No caso em que o seguro for contributivo, o Seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução SOMENTE do prêmio pago referente ao período a decorrer que não tenha se iniciado até a data de solicitação do cancelamento, se houver.

16.4.1 É de exclusiva responsabilidade do Consignante interromper o desconto do prêmio em folha de pagamento relativo ao Segurado que manifestar seu desinteresse na continuidade do Seguro, após o envio da informação do cancelamento pela Seguradora ao Consignante.

16.5 A(s) Cobertura(s) contratada(s) na Apólice cessará(ão) automaticamente para o Segurado:

- a) Com o cancelamento da Apólice por qualquer motivo definido nestas Condições Gerais e Especiais de cada cobertura;
- b) Com a morte do Segurado;
- c) Com o fim do vínculo entre o Segurado Principal e o estipulante.

16.6 Não obstante, o disposto no subitem anterior, a cobertura do Segurado vigorará até o fim da vigência correspondente ao último prêmio pago pelo Segurado, observando o disposto no item *Prazo de Tolerância*.

16.7 Na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

16.8 Constará nas condições especiais de cada cobertura se o recebimento de indenização de determinada cobertura implica o cancelamento ou qualquer alteração nas demais coberturas do seguro.

17. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

17.1 A Seguradora adotará uma taxa média final para as Coberturas contratadas, considerando a idade e o Capital Segurado Individual de cada Segurado.

17.1.1 Caso os Capitais Segurados individuais ultrapassem o limite máximo definido na Apólice, será considerado no cálculo da taxa média final, os limites de capital definidos.

17.2 Na fixação de taxa média final, serão considerados, ainda, os carregamentos para cobrir os custos operacionais da Seguradora, as comissões de intermediação e o pró-labore do Estipulante, se existentes.

17.3 O carregamento estabelecido não poderá sofrer aumento durante a vigência da Apólice, ficando sua redução a critério da Seguradora.

17.4 Quando houver redução do carregamento, na forma prevista pelo subitem anterior, o novo valor deverá ser estendido a todos os Segurados da mesma Apólice Coletiva.

17.5 A Seguradora anualmente, por ocasião da renovação da apólice, deverá reavaliar as taxas do seguro, com base em critério técnico, visando manter o equilíbrio financeiro-atuarial do contrato de seguro.

17.6 Qualquer alteração das taxas de Seguro que implicar em ônus aos Segurados, dependerá da anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado, e será realizada por aditivo à Apólice, ratificada pelo correspondente aditivo.

18. OBRIGAÇÃO

18.1 Obrigações do Estipulante

a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;

b) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

c) repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;

d) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

- e) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- f) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade, bem como todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e Segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às coberturas do Seguro, se restar provado que silenciou de má-fé;
- g) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- h) comunicar, de imediato, a SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;
- i) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- j) informar quando houver interesse na alteração de Capital Segurado;
- k) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente.

18.1.1 O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo Segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

18.1.2 É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) rescindir o Contrato de Seguro sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo Segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

18.1.3 O não pagamento dos Prêmios à Seguradora, poderá acarretar o cancelamento do Seguro, se o prazo for superior ao definido no item *Prazo de Tolerância*, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

18.1.4 É imprescindível que o Estipulante encaminhe à Seguradora, periodicamente a relação dos Segurados existentes, com suas correspondentes informações cadastrais solicitadas por ocasião da apresentação da proposta, bem como pertinentes ao Capital Segurado, conforme layout em vigor.

18.1.5 Cabe ressaltar que a inobservância ao subitem anterior sujeita o Estipulante e a Seguradora à pena de multas.

18.1.6 Quando não for possível ao Estipulante encaminhar a relação por meio eletrônico, a mesma poderá ser enviada em listagens impressas.

18.1.7 O Estipulante comunicará à Seguradora todas as inclusões e exclusões de Segurados, as quais serão devidamente registradas pela Seguradora, bem como informará previamente todas as modificações na situação do Segurado que impliquem a alteração de seus capitais, coberturas e Prêmios.

18.1.8 Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas do Contrato de Seguro somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

18.1.9 Qualquer alteração no Contrato de Seguro em vigor deverá ser realizada por meio de aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

a) caso a alteração descrita no subitem anterior implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

18.2 Obrigações da Seguradora:

a) incluir no Contrato de Seguro todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da SUSEP;

b) informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que lhe for solicitada;

c) prestar ao Estipulante todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de Seguro.

d) comunicar aos Segurados os casos de não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse;

18.3 Obrigações do Segurado:

18.3.1 O Segurado deverá observar, na celebração e na execução do contrato de seguro, os princípios da boa-fé objetiva, da cooperação mútua e da transparência.

18.3.2 São obrigações do Segurado:

- a) Agir com boa-fé e veracidade, prestando informações completas e corretas sobre o objeto do seguro, suas circunstâncias e quaisquer declarações relacionadas à Apólice, tanto no momento da contratação quanto durante sua vigência.
- b) Comunicar à Seguradora, tão logo tenha conhecimento, qualquer fato que possa agravar de forma relevante o risco coberto, sob pena de perda do direito à cobertura contratada, caso fique comprovada a omissão dolosa.
- c) Informar previamente à Seguradora sobre mudanças relevantes que possam impactar o risco Segurado, tais como:

I - Mudança de profissão ou atividade;

II - Alteração de residência fixa para outro país;

III - Prática de esportes violentos ou de risco voluntário, incluindo, mas não se limitando a: esportes aéreos, esportes náuticos motorizados, lutas e artes marciais, competições automobilísticas, atividades amadoras ou profissionais a bordo de aeronaves de qualquer tipo, ou em ambientes insalubres e/ou perigosos.

- d) Ao tomar ciência do sinistro, o Segurado ou Beneficiário deverá:

I - Avisar prontamente a Seguradora, por qualquer meio idôneo, e seguir suas instruções;

II – Prestar todas as informações disponíveis sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que solicitado pela Seguradora.

18.3.3 Caso o Beneficiário, ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de um sinistro, fizer de má-fé, declarações inexatas ou omitir circunstâncias, inclusive da sua ocorrência, que possam influir em relação às obrigações previstas nestas Condições Gerais, poderá perder o direito ao Capital contratado, sendo devida a eventual dívida de prêmio do Segurado e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, correspondente aos prejuízos que resultarem diretamente dessa omissão, conforme estabelece a legislação em vigor.

18.3.4 Caso o Beneficiário, ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de um sinistro, não fizer de má-fé, declarações inexatas ou omitir circunstâncias, inclusive da sua ocorrência, que possam influir em relação às obrigações previstas nestas Condições Gerais, poderá perder o direito ao Capital contratado correspondente aos prejuízos que resultarem diretamente dessa omissão, conforme estabelece a legislação em vigor.

19. REGULAÇÃO DE SINISTRO

19.1 Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), conforme o caso, deverá(ão) apresentar à Seguradora, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, definidos para cada Evento Coberto.

19.1.1 O(s) sinistro(s) ocorrido(s) deverá(ão) ser informado(s) à CAPEMISA, imediatamente quando do seu conhecimento, podendo ser feito:

- a) Por meio do portal do cliente, utilizando a função específica para aviso de sinistros, encontrado no site institucional da CAPEMISA;
- b) Por escrito, por meio de carta para os endereços constantes do site institucional da CAPEMISA;
- c) Por e-mail para o endereço eletrônico apoio.sinistros@capemisa.com.br ou;
- d) Presencialmente, em uma de nossas Sucursais.

19.2 As Indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único ou parcelado, conforme definições das coberturas contratadas na Apólice.

19.3 A Seguradora analisará a cobertura do sinistro no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos previstos no item 19.19. Confirmada a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo adicional de até 30 (trinta) dias, conforme estabelecido na legislação em vigor.

19.4 Caso o prazo legal máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no subitem 19.5, implicará sobre o valor da Indenização:

19.4.1 Atualização Monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice determinado no item *Atualização Monetária*, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

19.4.2 Multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% a.m. (um por cento ao mês), proporcionais ao dia para cada mês de atraso.

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

19.5 Solicitados documentos complementares dentro do prazo legal, o prazo para manifestação da Seguradora acerca da cobertura e/ou para o pagamento da indenização ou do Capital estipulado ficará suspenso, por, no máximo, 2 (duas) vezes, para contratos cuja importância segurada seja superior a 500 (quinhentas) vezes o valor do salário mínimo vigente, ou, no máximo 1 (uma) vez para contratos cuja importância segurada não exceda 500 (quinhentas) vezes o valor do salário mínimo vigente, reiniciando-se sua contagem no primeiro dia útil subsequente ao atendimento da solicitação.

19.6 Fica estabelecido que qualquer pagamento de indenização, somente passa a ser devido depois que os prêmios referentes ao período coberto tiverem sido pagos, incluindo o período de risco da ocorrência do sinistro, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança, salvo o definido no item *Prazo de Tolerância*.

19.7 Os prêmios eventualmente pagos para cobertura do período de risco posterior a ocorrência do sinistro, serão devolvidos e sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item *Atualização Monetária*.

19.8 No caso da ocorrência do sinistro durante o Prazo de Tolerância, se constatado o direito à Indenização, esta será paga deduzida dos prêmios devidos e não pagos, acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% a.m. (um por cento ao mês) e atualização monetária de acordo com o item *Atualização Monetária*.

19.9 Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio pago para fins de verificação da cobertura.

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

19.10.1 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.

19.11 A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

19.11.1 É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

19.12 Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

19.13 A Seguradora não participará das despesas decorrentes de medidas de contenção ou de salvamento para evitar sinistro iminente ou atenuar seus efeitos, ainda que realizadas por terceiros, ficando sob inteira responsabilidade do Segurado tais custos. Esta disposição prevalece sobre o previsto no art. 67 da Lei nº 15.040/2024, uma vez que não há limite de cobertura pactuado para tais despesas neste contrato.

19.14 Correm por conta exclusiva da CAPEMISA SEGURADORA S/A todas as despesas necessárias à regulação e à liquidação do sinistro, ressalvadas aquelas relativas à obtenção, pelo Segurado, Beneficiário ou Interessado, dos documentos previamente definidos para comunicação da ocorrência, comprovação de identificação e legitimidade, inclusive a realização de junta médica, no que se refere a indicação do seu perito e a metade do desempatador, bem como de outros documentos que ordinariamente estejam em seu poder.

19.15 No Seguro Sobre a Vida e a Integridade Física para o caso de morte, o Capital Segurado Individual não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

19.16 Considera-se como data do evento, ou data de exigibilidade, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros:

- a)** para as coberturas de Acidentes Pessoais, a data do acidente;
- b)** para as coberturas de risco nos Seguros de Pessoas, a data da ocorrência do evento, ressalvado o disposto na alínea "a";

19.16.1 A data do evento gerador de cada cobertura, para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação de sinistro, está disposta na respectiva Condição Especial de cada cobertura deste Seguro.

19.17 O valor da indenização, no momento do sinistro, não poderá ultrapassar o valor do limite máximo de Capital Segurado Individual de cada cobertura expresso no Certificado Individual vigente na data do sinistro, salvo em caso de atualização monetária (reajuste) ou mora da Seguradora.

19.18 Constará nas Condições Especiais de cada Cobertura se as indenizações referentes a coberturas distintas são ou não cumulativas em caso de sinistros decorrentes do mesmo evento.

19.19 Na ocorrência do sinistro, o(s) Beneficiário(s) e/ou seu Representante Legal deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação necessária descrita a seguir para cada tipo de Evento Coberto.

19.19.1 A relação de documentos prevista nos subitens a seguir contempla todas as hipóteses de Eventos Cobertos previstas nestas Condições Gerais, independentemente das coberturas efetivamente contratadas. A mera indicação de documentos relativos a um determinado Evento não implica direito à indenização correspondente, uma vez que somente serão objeto de análise e regulação os sinistros vinculados às coberturas contratadas na apólice vigente. Permanecem válidos, para fins de elegibilidade e regulação, os limites, exclusões, requisitos e condições específicas de cada cobertura contratada.

a) ÓBITO

- RG ou outro documento de identificação do comunicante
- CPF do comunicante
- Formulário de aviso de sinistro
- RG ou outro documento de identificação do Segurado(a)
- CPF do Segurado(a)
- CNH do Segurado(a) caso o Segurado seja condutor do veículo envolvido no acidente causador do óbito
- Certidão de óbito do Segurado(a)
- Prontuário médico completo desde a data do primeiro atendimento médico até a data do óbito
- Exames realizados acompanhados dos respectivos laudos conclusivos.
- Boletim de ocorrência policial
- Laudo pericial do local do evento
- Laudo do IML
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico
- Inquérito policial
- CAT - Comunicação do acidente de trabalho
- Comprovante de vínculo com estipulante
- GFIP ou Guia FGTS digital
- Documento XML do evento S-2200 (Admissão) do e-Social

- Relação de empregados desligados com data de desligamento
- Relação de empregados afastados com data de admissão e data do afastamento
- Relação de participantes do evento
- Proposta de contratação com indicação de Beneficiários
- Declaração de inexistência de Beneficiários indicados
- Declaração única de herdeiros (DUH) devidamente preenchida, assinada e autenticada em cartório
- RG ou outro documento de identificação do(s) Beneficiário(s)/herdeiro(s)
- CPF do(s) Beneficiário(s)/herdeiro(s)
- Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s)/herdeiro(s)
- Dados bancários do(s) Beneficiário(s)/herdeiro(s)
- Declaração de Residência
- Certidão de casamento atualizada pós óbito
- Declaração de convivência marital e documentos adicionais para comprovação da união
- Nota(s) Fiscal(is) do serviço funeral, constando o nome do sinistrado e do custeador, descrição de todos os serviços prestados e seus respectivos valores individuais
- RG ou outro documento de identificação do custeador da nota fiscal
- CPF do custeador da nota fiscal
- Comprovante de endereço do custeador da nota fiscal
- Dados bancários do custeador da nota fiscal
- Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho
- CNPJ
- Dados bancários do estipulante
- Comprovante de endereço comercial do estipulante
- Certidão de tutela ou curatela
- RG ou outro documento de identificação do responsável legal do Beneficiário
- CPF do responsável legal do Beneficiário
- Comprovante de residência do responsável legal do Beneficiário
- Procuração autenticada
- RG ou outro documento de identificação do Procurador
- CPF do Procurador
- Outros

Em caso de ÓBITO DE CÔNJUGE, além dos documentos listados acima, deverão ser apresentados:

- Certidão de óbito do sinistrado

- RG ou outro documento de identificação do sinistrado
- CPF do sinistrado
- CNH do sinistrado caso o sinistrado seja condutor do veículo envolvido no acidente causador do óbito
- Certidão de casamento atualizada pós óbito
- Declaração de convivência marital e documentos adicionais para comprovação da união
- Comprovante de endereço do Segurado
- Dados bancários do Segurado

Em caso de ÓBITO DE FILHO(A), além dos documentos listados acima, deverão ser apresentados:

- Certidão de óbito do sinistrado
- RG ou outro documento de identificação do sinistrado
- CPF do sinistrado
- CNH do sinistrado caso o sinistrado seja condutor do veículo envolvido no acidente causador do óbito
- Comprovante de endereço do Segurado
- Dados bancários do Segurado

b) INVALIDEZ

- RG ou outro documento de identificação do comunicante
- CPF do comunicante
- Formulário de aviso de sinistro
- RG ou outro documento de identificação do Segurado(a)
- CPF do Segurado(a)
- CNH do Segurado(a) caso o Segurado seja condutor do veículo envolvido no acidente causador da invalidez
- Comprovante de endereço do Segurado(a)
- Dados bancários do Segurado(a)
- Declaração de Residência
- Laudo médico com indicação do percentual da invalidez emitido após alta médica e fisioterápica definitivas
- Prontuário médico completo desde a data de caracterização da doença até a data atual ou desde a data do primeiro atendimento médico para o acidente até a data atual
- Exames realizados acompanhados dos respectivos laudos conclusivos.
- Carta de concessão do INSS

- CAT - Comunicação do acidente de trabalho
- Boletim de ocorrência policial
- Laudo do IML
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico
- Inquérito policial
- Comprovante de vínculo com estipulante
- GFIP ou Guia FGTS digital
- Documento XML do evento S-2200 (Admissão) do e-Social
- Relação de empregados desligados com data de desligamento
- Relação de empregados afastados com data de admissão e data do afastamento
- Relação de participantes do evento
- Certidão de tutela ou curatela
- RG ou outro documento de identificação do responsável legal do Beneficiário
- CPF do responsável legal do Beneficiário
- Comprovante de residência do responsável legal do Beneficiário
- Procuração autenticada
- RG ou outro documento de identificação do Procurador
- CPF do Procurador
- Outros

Em caso de INVALIDEZ DE CÔNJUGE, além dos documentos listados acima, deverão ser apresentados:

- RG ou outro documento de identificação do sinistrado
- CPF do sinistrado
- Comprovante de endereço do sinistrado
- Dados bancários do sinistrado
- Certidão de casamento
- Declaração de convivência marital e documentos adicionais para comprovação da união

c) Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

- RG ou outro documento de identificação do comunicante
- CPF do comunicante
- Formulário de aviso de sinistro
- RG ou outro documento de identificação do Segurado(a)
- CPF do Segurado(a)
- Comprovante de endereço do Segurado(a)

- Dados bancários do Segurado(a)
- CNH do Segurado(a) caso o Segurado seja condutor do veículo envolvido no acidente causador do sinistro
- Declaração de Residência
- Prontuário médico completo desde a data do primeiro atendimento médico até a data do óbito
- Exames realizados acompanhados dos respectivos laudos conclusivos.
- Pedido médico dos exames, tratamentos e cirurgias relacionados ao sinistro
- Receita médica dos medicamentos relacionados ao sinistro
- "Nota(s) Fiscal(is) dos exames, tratamentos, cirurgias, consultas e medicamentos relacionados ao sinistro.
- Constando o nome do Segurado(a) e do custeador, descrição de todos os serviços prestados e seus respectivos valores individuais"
- Boletim de ocorrência policial
- Laudo pericial do local do evento
- Laudo do IML
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico
- Inquérito policial
- CAT - Comunicação do acidente de trabalho
- Comprovante de vínculo com estipulante
- GFIP ou Guia FGTS digital
- Documento XML do evento S-2200 (Admissão) do e-Social
- Relação de empregados desligados com data de desligamento
- Relação de empregados afastados com data de admissão e data do afastamento
- Declaração de Cessão de direitos do reembolso, do Segurado ao custeador
- RG ou outro documento de identificação do custeador da nota fiscal
- CPF do custeador da nota fiscal
- Comprovante de endereço do custeador da nota fiscal
- Dados bancários do custeador da nota fiscal
- Certidão de tutela ou curatela
- RG ou outro documento de identificação do responsável legal do Beneficiário
- CPF do responsável legal do Beneficiário
- Comprovante de residência do responsável legal do Beneficiário
- Procuração autenticada
- RG ou outro documento de identificação do Procurador

- CPF do Procurador
- Outros

Em caso de DMHO DE CÔNJUGE, além dos documentos listados acima, deverão ser apresentados:

- RG ou outro documento de identificação do sinistrado
- CPF do sinistrado
- CNH do sinistrado caso o sinistrado seja condutor do veículo envolvido no acidente causador do sinistro
- Comprovante de endereço do sinistrado
- Dados bancários do sinistrado
- Certidão de casamento
- Declaração de convivência marital e documentos adicionais para comprovação da união

d) DOENÇAS GRAVES (DG)

- RG ou outro documento de identificação do comunicante
- CPF do comunicante
- Formulário de aviso de sinistro
- RG ou outro documento de identificação do Segurado(a)
- CPF do Segurado(a)
- Comprovante de endereço do Segurado(a)
- Dados bancários do Segurado(a)
- Declaração de Residência
- Laudo médico emitido por médico habilitado e especialista na patologia diagnosticada
- Prontuário médico completo desde a data de caracterização da doença até o quadro atual
- Exames realizados acompanhados dos respectivos laudos conclusivos.
- Comprovante de vínculo com estipulante
- GFIP ou Guia FGTS digital
- Documento XML do evento S-2200 (Admissão) do e-Social
- Relação de empregados desligados com data de desligamento
- relação de empregados afastados com data de admissão e data do afastamento
- Certidão de tutela ou curatela
- RG ou outro documento de identificação do responsável legal do Beneficiário
- CPF do responsável legal do Beneficiário
- Comprovante de residência do responsável legal do Beneficiário

- Procuração autenticada
- RG ou outro documento de identificação do Procurador
- CPF do Procurador
- Outros

Em caso de DOENÇAS GRAVES DE CÔNJUGE, além dos documentos listados acima, deverão ser apresentados:

- RG ou outro documento de identificação do sinistrado
- CPF do sinistrado
- Comprovante de endereço do sinistrado
- Dados bancários do sinistrado
- Certidão de casamento
- Declaração de convivência marital e documentos adicionais para comprovação da união

e) INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

- RG ou outro documento de identificação do comunicante
- CPF do comunicante
- Formulário de aviso de sinistro
- RG ou outro documento de identificação do Segurado(a)
- CPF do Segurado(a)
- Comprovante de endereço do Segurado(a)
- Dados bancários do Segurado(a)
- Declaração de Residência
- Atestado médico com CID fixando o número de diárias de incapacidade
- Prontuário médico completo desde a data de caracterização da doença até a data atual ou desde a data do primeiro atendimento médico para o acidente até a data atual
- Exames realizados acompanhados dos respectivos laudos conclusivos.
- Boletim de ocorrência policial
- Laudo do IML
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico
- CNH do Segurado(a)
- Inquérito policial
- CAT - Comunicação do acidente de trabalho
- Comprovante de vínculo com estipulante

- Comprovante de atividade autônoma podendo ser:
 - I. Recibo de pagamento autônomo, Carnê-leão ou comprovante de pagamento do INSS dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada;
 - II. Inscrição na Prefeitura, acrescida do comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago no mês anterior à ocorrência do evento.
- Comprovante de renda dos últimos 3 (três) meses anteriores ao evento podendo ser:
 - I. Contracheques dos últimos 3 (três) meses anteriores ao evento;
 - II. Última declaração de Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) com recibo de envio;
 - III. Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
 - IV. Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos (DECORE) dos últimos 3 (três) meses anteriores ao evento.
- GFIP ou Guia FGTS digital
- Documento XML do evento S-2200 (Admissão) do e-Social
- Relação de empregados desligados com data de desligamento
- Relação de empregados afastados com data de admissão e data do afastamento
- Certidão de tutela ou curatela
- RG ou outro documento de identificação do responsável legal do Beneficiário
- CPF do responsável legal do Beneficiário
- Comprovante de residência do responsável legal do Beneficiário
- Procuração autenticada
- RG ou outro documento de identificação do Procurador
- CPF do Procurador
- Outros

20. BENEFICIÁRIOS

20.1 O(s) Beneficiário(s) do Seguro será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio Segurado.

20.2 Nas coberturas em que o Beneficiário for o próprio Segurado, não haverá necessidade de designação, nem possibilidade de substituição.

20.3 Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, será(ão) Beneficiário(s) aquele(s) definido(s) em legislação vigente à época do evento.

20.4 Em caso de ato de indignidade cometido pelo Beneficiário contra o Segurado, não prevalecerá a indicação daquele.

20.5 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s) indicado(s), o(s) percentual(ais) de indenização destinado(s) a este(s) Beneficiário(s), deverão ser pagos, caso houver, aos Beneficiário(s) sobrevivente(s), e na ausência de Beneficiário(s) aos herdeiros legais do Segurado, observada a legislação vigente na época do sinistro.

21. REGIME FINANCEIRO

Considerando-se que o plano de Seguro em questão é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, não haverá concessão de resgate, saldamento ou devolução de prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear as indenizações dos sinistros ocorridos no mesmo período, estimados pelo risco de ocorrência do evento coberto, não havendo, portanto, a constituição de reserva matemática.

22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Contratuais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

23. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas a Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do sinistro.

24. FORO

Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do Contrato de Seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste Contrato será o do domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco pela CAPEMISA.

25.2 O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

25.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da Seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

25.4 Fica entendido e acordado que no presente Seguro os tributos serão pagos por quem a lei vigente determinar.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE (MRT)

1. OBJETIVO

Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 O(s) Beneficiário(s) desta Cobertura será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, e pode(m) ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida, datada e assinada pelo próprio Segurado.

2.2 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s) indicado(s), o(s) percentual(ais) de indenização destinado(s) a este(s) Beneficiário(s), deverão ser pagos, caso houver, aos Beneficiário(s) sobrevivente(s), e na ausência de Beneficiário(s) aos herdeiros legais do Segurado, observada a legislação vigente na época do sinistro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da

cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:

- a) Morte Natural: a data do falecimento do Segurado.
- b) Morte Acidental: a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

4.4 A Seguradora poderá, desde que estabelecido na Proposta de Contratação, antecipar o pagamento de 50% do Capital Segurado Individual contratado para a Cobertura de Morte ao Segurado em caso de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado. O Segurado perderá o direito a tal antecipação se houver a contratação da Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Cobertura Básica de Morte (IFPDA).

5. CARÊNCIA

O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Morte, conforme definido nessas condições contratuais.

7. REGULAÇÃO DO SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será

regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.1.1 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

8.2 As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente, Morte Acidental e Morte não se acumulam se acionadas em decorrência do mesmo acidente. Se depois de paga a indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte contratados.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (MEP)

1. OBJETIVO

Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso o Segurado venha a falecer decorrente de epidemia ou pandemia, declaradas por órgãos competentes, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 O(s) Beneficiário(s) desta Cobertura será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio Segurado.

2.2 Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, será(ão) Beneficiário(s) aquele(s) definido(s) em legislação vigente à época do evento.

2.3 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do(s) Segurado(s) dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, conforme legislação vigente à época do sinistro.

3. RISCOS COBERTOS

Morte decorrente de Epidemia e Pandemia declaradas por órgão oficial.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais.

4.2 O risco excluído referente a epidemias e pandemias declaradas por órgão competente informado no item de Riscos Excluídos das Condições Gerais, não se aplica para essa cobertura.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data do falecimento do Segurado.

6. CARÊNCIA

O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de cobertura de Morte por Epidemia e Pandemia declaradas por órgãos competentes, conforme definido nessas condições contratuais.

8. REGULAÇÃO DO SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

9. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

9.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será

regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

9.2 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso o Segurado venha a falecer exclusivamente por causas acidentais durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 O(s) Beneficiário(s) desta Cobertura será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, e pode(m) ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida, datada e assinada pelo próprio Segurado.

2.2 Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles definidos em legislação vigente à época do evento.

2.3 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s) indicado(s), o(s) percentual(ais) de indenização destinado(s) a este(s) Beneficiário(s), deverão ser pagos, caso houver, aos Beneficiário(s) sobrevivente(s), e na ausência de Beneficiário(s) aos herdeiros legais do Segurado, observada a legislação vigente na época do sinistro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte por acidente do Segurado, observando-se que se incluem nesse conceito:

- a)** suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b)** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c)** os acidentes decorrentes de escape acidental de gases e vapores;

- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

6. CARÊNCIA

Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Morte Acidental, conforme definido nessas condições contratuais.

8. REGULAÇÃO DO SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1 O Beneficiário, para recebimento da Indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora a adoção de quaisquer medidas para elucidação do sinistro.

9.2 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.3 A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

9.4 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.2 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10.3 As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente, Morte Acidental e Morte não se acumulam se acionadas em decorrência do mesmo acidente. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte contratados.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

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

1 OBJETIVO

Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, nas hipóteses e graus estabelecidos na Tabela para o Cálculo de Indenização (item *Comprovação de Sinistro*), caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente pessoal coberto ocorrido durante a Vigência da Cobertura, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Contratuais.

2 BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3 RISCOS COBERTOS

3.1 Estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial de um membro ou órgão do Segurado, observando-se que se incluem nesse conceito:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;

- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

5 CAPITAL SEGURADO

5.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que levou à Invalidez do Segurado.

6 CARÊNCIA

Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será

de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7 CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1 Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente conforme definido nessas condições contratuais:

- a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente, caso se trate de Invalidez Parcial e/ou existam outras coberturas vigentes no(s) Seguro(s);
- b) No caso de Invalidez Permanente Parcial, o pagamento da Indenização não extingue esta Cobertura, conforme definido no item *Reintegração de Capital*.
- c) No caso de Invalidez Permanente Total, o pagamento da Indenização extingue o direito a esta Cobertura.

8 REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

9 COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1 No caso da ocorrência do evento coberto, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, as perdas de membros ou órgãos deverão ser avaliadas para definição do valor final de indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL - DISCRIMINAÇÃO	% sobre importância segurada
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSOS - DISCRIMINAÇÃO	% sobre importância segurada
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre importância segurada
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um dos quadris	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	6
Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

9.2 No caso em que as funções do membro ou órgão lesado não fiquem completamente abolidas, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de diminuição permanente da capacidade física do Segurado. Na falta de indicação exata deste grau de diminuição permanente da capacidade física apresentada, e sendo o

referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente. Nos casos em que a invalidez não foi especificada no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a redução permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

9.3 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do valor contratado como Capital Segurado desta cobertura.

9.4 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

9.5 O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma recuperação completa.

9.6 Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, salvo quando previamente declarado na Proposta de Contratação ou em adendo à mesma, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

9.7 A constatação da Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional habilitado e especializado no tipo da lesão e por resultados de exames que demonstrem a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.

9.8 Para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, o Segurado deverá provar a ocorrência do acidente por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.9 Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

9.10 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

9.11 A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de caracterização desse seguro.

9.12 A indenização desta Cobertura respeitará o percentual de lesão indicado na tabela, independentemente de o Segurado estar inteiramente inválido para as atividades laborais habituais, de poder ou não ser reabilitado em outra atividade ou, ainda, de estar (ou vir a ser) aposentado pelo INSS.

9.13 A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

9.14 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagamento da indenização.

9.15 Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

10 ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

10.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.2 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10.3 As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Morte Acidental e Morte não se acumulam se acionadas em decorrência do mesmo acidente. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte contratados.

11 REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1 No caso de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

11.1.1 A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

11.2 No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, o Capital Segurado não será reintegrado.

12 RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

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

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente pessoal coberto ocorrido durante a Vigência da Cobertura, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Contratuais.

1.2. No caso de perda parcial, com redução das funções do membro ou órgão lesado, não caberá pagamento de indenização.

2. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertas a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva de pelo menos um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos nos eventos de INVALIDEZ TOTAL da tabela abaixo, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual deste seguro, respeitados os demais termos e condições da apólice.

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

3.2 Quando de um mesmo acidente resultar a invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização total não excederá a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual relativo à Invalidez Permanente Total por Acidente contratada.

3.3 Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado Individual desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que levou à Invalidez do Segurado.

6. CARÊNCIA

Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos contados a partir do início de vigência da cobertura do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura por Invalidez Permanente Total por Acidente conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente, caso existam outras coberturas vigentes no(s) Seguro(s);
- b)** No caso de Invalidez Permanente Total, o pagamento da Indenização extingue o direito a esta Cobertura.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1. O Beneficiário, para recebimento da Indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora a adoção de quaisquer medidas para elucidação do sinistro.

9.2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.3. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

9.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.

9.5. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

9.6. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

9.7. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de caracterização dessa cobertura.

9.8. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10.3. As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente, Morte Acidental e Morte não se acumulam se acionadas em decorrência do mesmo acidente. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte contratados.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

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

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s) por meio de reembolso, limitado ao Capital Segurado Individual contratado, de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, efetuadas para o tratamento do mesmo, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, desde que decorrentes exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência da Cobertura contratada, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

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

2. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS:

3.1. Estão expressamente cobertas as Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas para tratamento do Segurado que tenha sofrido acidente decorrente de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a necessidade do tratamento médico do Segurado, observando-se que se incluem nesse conceito as lesões decorrentes de:

a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor, desde que ocorrido após os dois primeiros anos da Vigência da Cobertura do contratada;

- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal, os itens abaixo:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente pessoal coberto;
- c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado;
- d) enfermagem de caráter particular;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
- f) cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
- g) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
- h) tratamentos relacionados a doenças;
- i) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- j) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- k) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

- l) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- m) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- n) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- o) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- p) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia e protusões discais degenerativas;
- q) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.
- q) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- r) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;
- s) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;
- t) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente do Segurado.

6. CARÊNCIA

Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente.
- b)** O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

8. REGULAÇÃO DO SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

9. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

9.1 Caso o Segurado possua mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora, nesta Apólice, será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuado, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite Segurado para esta cobertura em cada uma delas.

9.2 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

10.1 O Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada acidente, observando-se que a soma dos reembolsos em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes eventos, não poderá exceder ao Capital Segurado Individual contratado na Cobertura Básica de Morte.

10.2 A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL (RDF)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o reembolso de despesas com funeral ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em decorrência de morte do Segurado, ocorrida durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. É garantida a livre escolha dos prestadores de serviço funerário.

2. BENEFICIÁRIOS

Será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), o(s) custeador(es) indicado(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas para realização do funeral do Segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados no item *Riscos Excluídos* das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a)** aquisição de jazigo e construção de túmulo, carneira ou semelhante;
- b)** a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
- c)** exumação antecipada do sinistrado no momento do sepultamento.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da

cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:

a) Morte Natural: a data do falecimento do Segurado.

b) Morte Acidental: a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

5. CARÊNCIA

O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral, conforme definido nessas condições contratuais.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

8.2. Não poderão ser contratadas em conjunto as coberturas de reembolso de despesas com funeral, assistência funeral e auxílio funeral.

8.3. Caso o Segurado possua mais de uma Apólice e/ou Certificado Individual, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas com o reembolso do funeral, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices e/ou Certificados Individuais vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao Capital Segurado Individual para essa cobertura em cada uma delas.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL POR MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (RDF-EP)

1. OBJETIVO

Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o reembolso de despesas com funeral ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em decorrência de morte decorrente de epidemia e pandemia do Segurado, ocorrida durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

Será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), o(s) custeador(es) indicado(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas para realização do funeral do Segurado

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) aquisição de jazigo e construção de túmulo, carneira ou semelhante;
- b) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
- c) exumação antecipada do sinistrado no momento do sepultamento.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data de falecimento do Segurado decorrente de Epidemia e Pandemia.

5. CARÊNCIA

O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral, conforme definido nessas condições contratuais.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

8.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.2. Não poderão ser contratadas em conjunto as coberturas de reembolso de despesas com funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia, assistência funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia e auxílio funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia.

8.3. Caso o Segurado possua mais de uma Apólice e/ou Certificado Individual, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas com o reembolso do funeral, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices e/ou

Certificados Individuais vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao Capital Segurado Individual para essa cobertura em cada uma delas.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (GASSF)

1. OBJETIVO

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante a realização dos serviços de assistência funeral, ou do reembolso ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de morte do Segurado ou Segurado dependente coberto, ocorrida durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2 Na hipótese do(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação de serviço, o funeral será realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa.

1.3 Na hipótese de o(s) Beneficiário(s) optarem pelo reembolso, é garantida a livre escolha do prestador de serviço funerário.

1.4 O Segurado principal poderá optar pela contratação dos seguintes planos:

- a)** Individual: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte do Segurado Principal.
- b)** Familiar I: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
 - Segurado Principal; e/ou
 - Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal.
- c)** Familiar II: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
 - Segurado Principal; e/ou
 - Segurado Dependente: Pais do Segurado Principal.
- d)** Familiar III: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
 - Segurado Principal; e/ou
 - Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal.
- e)** Familiar IV: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
 - Segurado Principal; e/ou

- Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal; e/ou
 - Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal.
- f) Familiar V: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
 - Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal; e/ou
 - Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal; e/ou
 - Segurado Dependente: Pais do Segurado Principal.
- g) Familiar VI: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:
- Segurado Principal; e/ou
 - Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal; e/ou
 - Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal; e/ou
 - Segurado Dependente: Pais do Segurado Principal; e/ou
 - Segurado Dependente: Sogros do Segurado Principal.

1.4.1 Será considerado cônjuge, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como o(a) companheiro(a) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge.

1.4.2 Serão considerados filhos, todos os filhos, naturais ou adotados, e enteados menores de 21 anos, dependentes do Segurado Principal. A cobertura poderá ser estendida ao filho com até 24 anos se este for solteiro, dependente dos pais e se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

1.4.3 Apenas serão considerados pais, os pais biológicos ou adotivos do Segurado Principal. Estes deverão ter até 80 (oitenta) anos de idade completos e estar em perfeito estado de saúde física e mental, na data de início de vigência do risco individual.

1.4.4 Apenas serão considerados como sogros, os pais biológicos ou adotivos do cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal. Estes deverão ter até 80 (oitenta) anos de idade completos e estar em perfeito estado de saúde física e mental, na data de início de vigência do risco individual.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 Na hipótese da opção pelo reembolso das despesas com o funeral, será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), o(s) custeador(es) indicado(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas para realização do funeral do Segurado.

2.1.1 Não será permitido a cessão de direitos do custeador a terceiros.

2.2 Na hipótese da opção pelo serviço funeral, a ser realizado por meio da prestação de serviço por empresa terceirizada contratada pela Capemisa, não haverá qualquer pagamento aos Beneficiários.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) aquisição de jazigo e construção de túmulo, carneira ou semelhante;
- b) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
- c) exumação antecipada do sinistrado no momento do sepultamento.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:

- a) Morte Natural: a data do falecimento do Segurado ou Segurado Dependente.
- b) Morte Acidental: a data do acidente que levou ao óbito do Segurado ou Segurado Dependente.

5. CARÊNCIA

O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência Funeral, em caso de morte do Segurado Principal, conforme definido nessas condições contratuais.

6.2 Para a contratação do Plano Familiar, o(s) Certificado(s) Individual(is) contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência Funeral, em caso de morte do Segurado Dependente.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.1.1 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

8.2 Não poderão ser contratadas em conjunto as coberturas de reembolso de despesas com funeral, assistência funeral e auxílio funeral.

8.3 Caso o Segurado possua mais de uma Apólice e/ou Certificado Individual, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas com o reembolso do funeral, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices e/ou Certificados Individuais vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao Capital Segurado Individual para essa cobertura em cada uma delas.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR MORTE DECORRENTE DE EPIDEMIA E PANDEMIA (GASSF-EP)

1. OBJETIVO

1.1 Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante a realização dos serviços de assistência funeral, ou do reembolso ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, em caso de morte decorrente de Epidemia e Pandemia do Segurado ou Segurado dependente coberto, ocorrida durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2 Na hipótese do(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação de serviço, o funeral será realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa.

1.3 Na hipótese de o(s) Beneficiário(s) optarem pelo reembolso, é garantida a livre escolha do prestador de serviço funerário.

1.4 O Segurado principal poderá optar pela contratação dos seguintes planos:

a) Individual: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte do Segurado Principal.

b) Familiar: garante o reembolso de despesas ou a prestação de serviço de assistência funeral em caso de morte de:

- Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal; e/ou
- Segurado Dependente: Filhos do Segurado Principal.

1.4.1 Será considerado cônjuge, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como o(a) companheiro(a) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge.

1.4.2 Serão considerados filhos, todos os filhos, naturais ou adotados, e enteados menores de 21 anos, dependentes do Segurado Principal. A cobertura poderá ser estendida ao filho com até 24 anos

se este for solteiro, dependente dos pais e se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1 Na hipótese da opção pelo reembolso das despesas com o funeral, será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), o(s) custeador(es) indicado(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas para realização do funeral do Segurado.

2.1.1 Não será permitido a cessão de direitos do custeador a terceiros.

2.2 Na hipótese da opção pelo serviço funeral, a ser realizado por meio da prestação de serviço por empresa terceirizada contratada pela Capemisa, não haverá qualquer pagamento aos Beneficiários.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a)** aquisição de jazigo e construção de túmulo, carneira ou semelhante;
- b)** a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
- c)** exumação antecipada do sinistrado no momento do sepultamento.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2 O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.3 Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do falecimento decorrente de Epidemia e Pandemia do Segurado ou Segurado Dependente.

5. CARÊNCIA

O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1 O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia, em caso de morte do Segurado Principal, conforme definido nessas condições contratuais.

6.2 Para a contratação do Plano Familiar, o(s) Certificado(s) Individual(is) contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelada(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia, em caso de morte do Segurado Dependente.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.1.1 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

8.2 Não poderão ser contratadas em conjunto as coberturas de reembolso de despesas com funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia, assistência funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia e auxílio funeral por morte decorrente de Epidemia e Pandemia.

8.3 Caso o Segurado possua mais de uma Apólice e/ou Certificado Individual, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas com o reembolso do funeral, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices e/ou Certificados Individuais vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao Capital Segurado Individual para essa cobertura em cada uma delas.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

1. OBJETIVO

Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), proporcional ao período de internação hospitalar do Segurado, limitado ao Capital Segurado Individual contratado e durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

Está coberta a internação do Segurado, em estabelecimento hospitalar de sua livre escolha, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, decorrentes de doença ou acidente pessoal coberto.

4. RISCOS EXCLUIDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

- a)** ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- b)** cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;
- c)** infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);

- d) Acidente Vascular Cerebral (AVC), Cirurgia Coronariana, Doença de Parkinson Grave, Insuficiência Hepática Crônica, Insuficiência Renal Crônica, Lupus em estado crônico, Neoplasia (Câncer) e Transplante de Órgãos Vitais;
- e) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e a hepatite crônica;
- f) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
- h) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- i) tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- j) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- k) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- l) tentativa de suicídio, desde que ocorra nos 2 (dois) primeiros anos do início da vigência individual, ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- m) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- n) tratamentos que envolvam a homeopatia, acupuntura e tratamentos naturalistas;
- o) internação domiciliar;
- p) procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório;
- q) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- r) luxações redicivantes de qualquer articulação;
- s) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

5. CAPITAL SEGUADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como Capital Segurado individual a quantidade máxima de diárias contratadas multiplicada pelo valor da diária contratada.

5.3. O valor da diária e a quantidade máxima de diárias desta cobertura são definidos pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual,

observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período do efetivo afastamento, limitado a quantidade máxima de diárias contratadas;

5.5. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data da internação hospitalar.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite de diárias será a quantidade máxima de diárias indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.2. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o limite de diárias contratadas.

6.3. As diárias não utilizadas em um evento não se acumulam para os próximos eventos.

7. CARÊNCIA

7.1. Para fins desta Cobertura, fica estipulado prazo de carência de no mínimo 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

7.2. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7.3. As internações hospitalares ocorridas durante o período de carência não serão cobertas.

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar internado em ambiente hospitalar por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 1 (um) dia, ou seja, somente estarão cobertas as internações hospitalares efetivadas a partir, do segundo dia da respectiva internação hospitalar.

8.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência de internação hospitalar coberta, será devido após cumprido a carência e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar, conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
- b)** O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

10. REGULAÇÃO DO SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a internação hospitalar.

11.3. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária de Internação Hospitalar, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

11.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.5. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE DOENÇAS GRAVES (DIH-DG)

1. OBJETIVO

Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), proporcional ao período de internação hospitalar decorrente de Doenças Graves do Segurado, limitado ao Capital Segurado Individual contratado e durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Para fins desta Cobertura são consideradas Doenças Graves as seguintes patologias:

- a) Acidente Vascular Cerebral (AVC):** diagnóstico de acidente vascular cerebral, isquêmico ou hemorrágico com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, desde que cause seqüela neurológica definitiva ou morte comprovada do tecido cerebral;
- b) Cirurgia Coronariana:** diagnóstico de insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), que resulte da necessidade de realização de cirurgia de forma a restabelecer o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco;
- c) Insuficiência Renal Crônica:** diagnóstico de falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, e estar realizando diálise peritoneal e/ou hemodiálise permanente ou transplante;
- d) Neoplasia (Câncer):** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por exame histológico

conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

e) Transplante de Órgãos Vitais (TOV): transplante de órgãos em que o Segurado participa como receptor dos órgãos: coração, fígado, medula óssea, pâncreas ou pulmão, desde que o transplante seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado.

f) Infarto agudo do Miocárdio (IAM): diagnóstico de morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida;

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) No caso de Acidente Vascular Cerebral:

- Ataques isquêmicos transitórios e deficiência neurológicas isquêmicas;
- Qualquer alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral;
- Lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- Sintomas neurológicos provocados por enxaquecas;
- Infartos lacunares sem déficit neurológico;

b) No caso de Cirurgia Coronariana:

- Angioplastia;
- Qualquer outro tipo de cirurgia cardíaca que não vise à correção de insuficiência coronariana.

c) No caso de Insuficiência Renal Crônica:

- Insuficiência renal aguda e/ou crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

d) No caso de Neoplasia:

- Melanoma não invasivo ou classificado in situ, incluindo displasia cervical e outras lesões pré-neoplásicas;
- Câncer de pele se não for melanoma maligno;
- Carcinoma basocelular e espinocelular;
- Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados a AIDS;
- Hiperplasia benigna da próstata.

e) No caso de Transplante de Órgãos Vitais:

- Transplante de tecidos;
- Qualquer autotransplante;

- Demais órgãos ou células, exceto os transplantes cobertos previstos no item "e" de Riscos Cobertos da Condição Especial desta Cobertura.

f) No caso de Infarto agudo do Miocárdio:

- Angina do peito incluindo angina estável e instável;
- Angina decúbito;
- Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T";
- Outras síndromes coronarianas agudas.

g) Os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, infarto do miocárdio, trombose e outros do mesmo gênero);

h) Quaisquer tipos de acidentes;

i) Cirrose Alcoólica;

j) Doenças, lesões, invalidez ou enfermidades preexistentes à data de início de vigência de inclusão da Cobertura de Doenças Graves Ampliadas, não declarados na Proposta de Adesão Individual e de conhecimento do Segurado.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como Capital Segurado individual a quantidade máxima de diárias contratadas multiplicada pelo valor da diária contratada;

5.3. O valor da diária e a quantidade máxima de diárias desta cobertura são definidos pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período de internação hospitalar, limitado a quantidade máxima de diárias contratadas para esta cobertura;

5.5. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data da internação hospitalar.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1. O limite de diárias será a quantidade máxima de diárias indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o limite de diárias contratadas.

6.2. As diárias não utilizadas em um evento não se acumulam para os próximos eventos.

7. CARÊNCIA

7.1. Para fins desta Cobertura, fica estipulado prazo de carência de no mínimo 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

7.2. O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Proposta de Adesão Individual, na Apólice e no Certificado Individual.

7.3. As internações hospitalares ocorridas durante o período de carência não serão cobertas.

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar internado em ambiente hospitalar por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 1 (um) dia, ou seja, somente estarão cobertas as internações hospitalares efetivadas a partir, do segundo dia da respectiva internação hospitalar.

8.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência de internação hospitalar coberta, será devido após cumprido a carência e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diárias de Internação decorrente de Doenças Graves, conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
- b)** O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

10. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a internação hospitalar.

11.3. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária de Internação Hospitalar por Doença Grave, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

11.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.5. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI (DIH-UTI)

1. OBJETIVO

Desde que devidamente contratada, e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), proporcional ao período de internação hospitalar em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) do Segurado, limitado ao Capital Segurado Individual contratado e durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

Está coberta a internação do Segurado, em estabelecimento hospitalar de sua livre escolha, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, decorrentes de doença ou acidente pessoal coberto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

- a)** ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- b)** cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;
- c)** infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);

- d) Acidente Vascular Cerebral (AVC), Cirurgia Coronariana, Doença de Parkinson Grave, Insuficiência Hepática Crônica, Insuficiência Renal Crônica, Lupus em estado crônico, Neoplasia (Câncer) e Transplante de Órgãos Vitais;
- e) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e a hepatite crônica;
- f) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
- h) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- i) tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- j) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- k) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- l) tentativa de suicídio, desde que ocorra nos 2 (dois) primeiros anos do início da vigência individual, ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- m) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- n) tratamentos que envolvam a homeopatia, acupuntura e tratamentos naturalistas;
- o) internação domiciliar;
- p) procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório;
- q) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;
- r) luxações redicivantes de qualquer articulação;
- s) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2 Considera-se como Capital Segurado individual a quantidade máxima de diárias contratadas multiplicada pelo valor da diária contratada;

5.3 O valor da diária e a quantidade máxima de diárias desta cobertura são definidos pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o

limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4 A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período de internação hospitalar em UTI, limitado a quantidade máxima de diárias contratadas;

5.5 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data da internação hospitalar em UTI.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1 O limite de diárias será a quantidade máxima de diárias indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1 Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o limite de diárias contratadas.

6.2 As diárias não utilizadas em um evento não se acumulam para os próximos eventos.

7. CARÊNCIA

7.1 Para fins desta Cobertura, fica estipulado prazo de carência de no mínimo 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

7.2 O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

7.3 As internações hospitalares ocorridas durante o período de carência não serão cobertas.

8. FRANQUIA

8.1 O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar internado em ambiente hospitalar de UTI por período igual ou inferior ao período de franquias.

8.2 Para fins desta Cobertura, a franquia será de 1 (um) dia, ou seja, somente estarão cobertas as internações hospitalares efetivadas a partir, do segundo dia da respectiva internação hospitalar em UTI.

8.3 O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência de internação hospitalar coberta, será devido após cumprida a carência e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1 Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar - UTI, conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
- b)** O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

10. REGULAÇÃO DO SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1 O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a internação hospitalar.

11.3 As despesas efetuadas com a legitimação da Diária de Internação Hospitalar em UTI, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas

realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

11.4 As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.5 Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1 Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.1.1 O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1 Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar em UTI, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2 A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

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

1. OBJETIVO

Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual, proporcional ao período de incapacidade temporária, por motivo oriundo de doença ou acidente pessoal coberto, que impossibilite o Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão cobertos os acidentes pessoais ou doenças que tornem o Segurado incapaz de exercer sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico.

3.1.1. Para os casos de acidentes pessoais, estão expressamente cobertos os acidentes decorrentes de evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência a incapacidade do Segurado de exercer sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, observando-se que se incluem nesse conceito:

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

- b)** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c)** os acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores;
- d)** os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e)** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f)** ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g)** choque elétrico e raio;
- h)** contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i)** tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j)** infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k)** queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também excluídos, mesmo que resultante de Acidente Pessoal:

- a)** Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
- b)** Doenças, acidentes, lesões e/ou deficiências preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;
- c)** Doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído "burnout" e depressão, independente das suas causas;
- d)** Doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- e)** Tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;
- f)** Cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- g)** Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;

- h) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;
- i) Doença Miofascial;
- j) Tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- k) Tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
- l) Todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
- m) Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;
- n) Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- o) Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- p) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- q) Tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;
- r) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- s) hospitalização para “check-up”;
- t) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- u) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:
- Tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;
 - Epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
 - Tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento e/ou procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
 - Doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes.
- v) Síndrome do pânico;

- w)** Qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;
- x)** Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- y)** As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- z)** 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;
- aa)** Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras;
- bb)** As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- cc)** Envenenamento de caráter coletivo.

5. CAPITAL SEGUADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como Capital Segurado individual a quantidade máxima de rendas mensais contratadas multiplicada pelo valor da renda mensal contratada;

5.3. O valor da Renda mensal e a quantidade máxima de rendas mensais contratadas desta cobertura são definidos pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da renda mensal contratada durante o período de efetivo afastamento, limitado a quantidade máxima de rendas mensais contratadas.

- a) Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora para os meses completos e o valor proporcional da Renda Mensal Temporária para os meses incompletos, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado que deverá ser entregue mensalmente;
- b) Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, até a alta médica, limitada pelo período contratado.

5.5. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:

- a) **Em caso de doença:** A data do diagnóstico médico da doença que solicita o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho para tratamento médico;
- b) **Em caso de acidente:** A data do acidente que gerou a incapacidade temporária e o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

6. LIMITE DE RENDAS

6.1. O limite de rendas será a quantidade máxima de rendas mensais indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1. A quantidade máxima de rendas mensais contratadas, definida na proposta de contratação, não poderá ultrapassar 12 meses.

6.1.2. Pelo mesmo evento, o número de rendas mensais indenizadas não pode superar o limite de rendas mensais contratadas.

6.2. As rendas não utilizadas no evento anterior não são cumulativas para os próximos eventos.

6.3. Respeitadas as limitações contratuais, em caso de incapacidade contínua, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária durante o período de efetivo afastamento do Segurado da sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão, limitado ao período indenizável contratado e especificado na Apólice e no Certificado Individual.

7. CARÊNCIA

O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, ou seja, somente estarão cobertas as Incapacidades Temporárias, a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado, por determinação médica.

8.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência da incapacidade coberta, será devido após cumprido a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária, conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
- b)** O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

10. REGULAÇÃO DO SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

11.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a incapacidade temporária.

11.4. As despesas efetuadas com a legitimação da Incapacidade Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a incapacidade temporária.

11.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.6. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE CESTA ALIMENTAÇÃO POR MORTE (CA-MRT)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ou uma Cesta Alimentação, a fim de custear despesas de alimentação, ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual contratado, caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. O serviço de Cesta Alimentação por Morte poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Seguradora, na hipótese de o Beneficiário optar pela prestação de serviço, sendo o valor deste serviço igualmente limitado ao Capital Segurado Individual contratado.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O(s) Beneficiário(s) desta Cobertura será(ao) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, e pode(m) ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida, datada e assinada pelo próprio Segurado.

2.2. Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles definidos em legislação vigente à época do evento.

2.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do(s) Beneficiário(s) indicado(s), o(s) percentual(ais) de indenização destinado(s) a este(s) Beneficiário(s), deverão ser pagos, caso houver, aos Beneficiário(s) sobrevivente(s), e na ausência de Beneficiário(s) aos herdeiros legais do Segurado, observada a legislação vigente na época do sinistro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos referentes a esta cobertura estão mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

4.2. O Capital Segurado Individual é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, de forma única ou em parcelas mensais e sucessivas, conforme estabelecido na Proposta de Contratação, sendo o valor de cada parcela equivalente ao Capital Segurado individual da cobertura dividido pelo número de parcelas.

4.3. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

4.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador:

- a) Morte Natural: a data do falecimento do Segurado.
- b) Morte Acidental: a data do acidente que levou ao óbito do Segurado.

5. CARÊNCIA

O prazo de carência, quando previsto para esta cobertura, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO

O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora será(ão) cancelado(s) automaticamente com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Morte, conforme definido nessas condições contratuais.

7. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

8. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

8.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

8.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Não haverá possibilidade de reintegração do Capital Segurado dessa cobertura após o pagamento da Indenização.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO – RENDA MENSAL (DD-AFACIDT-RM)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada, e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), a fim de custear as despesas diversas cuja finalidade será descrita na Proposta de Contratação, limitado ao Capital Segurado Individual, em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação estando em gozo do benefício de auxílio-doença acidentário concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, exclusivamente em consequência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período/horário de trabalho ou no trajeto da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. A indenização somente será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

2. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

Estão cobertos os acidentes ocorridos durante o período/horário de trabalho ou no trajeto da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, e que tornem o Segurado incapaz de exercer sua profissão ou ocupação em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário, por determinação médica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura Despesas Diversas - Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho:

- a)** doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- b)** doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;
- c)** doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout” e depressão, independente das suas causas;
- d)** doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- e)** tratamento dentário não decorrente de acidente de trabalho e suas consequências;
- f)** cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- g)** cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- h)** figromialgias;
- i)** Doença Miofascial;
- j)** tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- k)** tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
- l)** todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
- m)** períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;
- n)** períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- o)** tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- p)** tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- q)** tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

- r) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;
- s) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- t) epidemias declaradas por órgão competente;
- u) atos ilícitos ou contrários a lei;
- v) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;
- w) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- x) os acidentes pessoais ocorridos antes e após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta).
- y) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

5. CAPITAL SEGUADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como Capital Segurado individual a quantidade máxima de rendas mensais contratadas multiplicada pelo valor da renda mensal contratada.

5.3. O valor da Renda mensal e a quantidade máxima de rendas mensais contratadas desta cobertura são definidos pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da renda mensal contratada durante o período de efetivo afastamento, limitado a quantidade máxima de rendas mensais contratadas.

5.5. A indenização será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

5.6. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que gerou o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

6. LIMITE DE PAGAMENTO

6.1. O limite de rendas será a quantidade máxima de rendas mensais indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1. A quantidade máxima de rendas mensais contratadas, definida na proposta de contratação, não poderá ultrapassar 12 meses.

6.1.2. Pelo mesmo evento, o número de rendas mensais indenizadas não pode superar o limite de rendas mensais contratadas.

6.2. As rendas não utilizadas no evento anterior não são cumulativas para os próximos eventos.

6.3. Os valores correspondentes aos pagamentos das indenizações dos meses subsequentes serão devidos sempre que se completar 30 dias de afastamento, contados a partir do final do período calculado para a indenização do mês anterior.

7. CARÊNCIA

Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, ou seja, somente estarão cobertas a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado por determinação médica.

8.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência do afastamento, será devido após cumprida a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

8.4. O período de afastamento será calculado a partir do primeiro dia após o término do prazo de franquia, e a indenização será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas - Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho, conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
- b)** O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

10. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao seu afastamento total, contínuo e temporário, por determinação médica.

11.3. As despesas efetuadas com a legitimação do Afastamento por Acidente de Trabalho, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

11.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.5. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas - Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO – CAPITAL ÚNICO (DD-AFACIDT-CAP)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada, e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), a fim de custear as despesas diversas cuja finalidade será descrita na Proposta de Contratação, limitado ao Capital Segurado Individual, em razão do afastamento total, ininterrupto e temporário de seu trabalho, estando em gozo do benefício de auxílio-doença acidentário concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, exclusivamente em consequência de acidente pessoal ocorrido durante o período/horário de trabalho ou no trajeto residência para o local de trabalho ou deste para aquela, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. Esta cobertura só pode ser contratada quando o custeio da apólice for não contributivo.

2. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cobertura será o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade, e/ou Estipulante, conforme definido na Proposta de Contratação. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

Estão cobertos os acidentes ocorridos durante o período/horário de trabalho ou no trajeto da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, e que tornem o Segurado incapaz de exercer sua profissão ou ocupação em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário, por determinação médica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura Despesas Diversas - Afastamento por Acidente de Trabalho Capital Único:

- a) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- b) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;
- c) doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout” e depressão, independente das suas causas;
- d) doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- e) tratamento dentário não decorrente de acidente de trabalho e suas consequências;
- f) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- g) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- h) figromialgias;
- i) Doença Miofascial;
- j) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- k) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
- l) todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
- m) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;
- n) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- o) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- p) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- r) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e ablação química cirúrgica e suas consequências;
- s) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- t) epidemias declaradas por órgão competente;
- u) atos ilícitos ou contrários a lei;

- v) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;
- w) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- x) os acidentes pessoais ocorridos antes e após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta).
- y) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. O Capital Segurado e a sua distribuição para fins de Indenização entre o Segurado e/ou estipulante, serão definidos na Proposta de Contratação.

5.4. A indenização prevista nesta Cláusula será devida após decorrido o período de Franquia, limitado ao Capital Segurado Individual Contratado e a distribuição deste Capital entre o Segurado e/ou Estipulante.

5.5. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que gerou o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

6. CARÊNCIA

Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será

de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. FRANQUIA

7.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

7.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, ou seja, somente estarão cobertas a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado por determinação médica.

7.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência do afastamento, será devido após cumprido a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

8. CANCELAMENTO DO SEGURO

8.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas por Afastamento por Acidente de Trabalho, conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
- b)** O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

9. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

10. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

10.1. O Segurado para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro do Segurado por meio de uma declaração médica e exames médicos

apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

10.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao seu afastamento total, contínuo e temporário, por determinação médica.

10.3. As despesas efetuadas com a legitimação do Afastamento por Acidente de Trabalho - Empresarial, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado e/ou Estipulante, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

10.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

10.5. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

11.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

11.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

12. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

12.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesa Diversa - Afastamento por Acidente de Trabalho, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

12.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

12.3. Não haverá cobertura adicional, caso ocorra o afastamento acidentário laborativo por agravamento do evento coberto já indenizado.

13. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE ASSISTÊNCIA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO (ASS-AFACIDT)

1. OBJETIVO

1.1. Desde que devidamente contratada, e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s) ou prestação de serviço cuja finalidade será descrita na Proposta de Contratação, limitado ao Capital Segurado Individual, em razão do afastamento total, contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação, estando em gozo do benefício de auxílio-doença acidentário concedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, exclusivamente em consequência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período/horário de trabalho ou no trajeto da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

1.2. A indenização somente será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

1.3. Na hipótese do(s) Beneficiários(s) optar(em) pela prestação de serviço, a cobertura de Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho será realizada por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa.

2. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cobertura será o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade, e/ou Estipulante, conforme definido na Proposta de Contratação. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

Estão cobertos os acidentes ocorridos durante o período/horário de trabalho ou no trajeto da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, e que tornem o Segurado incapaz de exercer

sua profissão ou ocupação em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário, por determinação médica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura de Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho:

- a)** doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- b)** doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;
- c)** doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout” e depressão, independente das suas causas;
- d)** doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- e)** tratamento dentário não decorrente de acidente de trabalho e suas consequências;
- f)** cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- g)** cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- h)** figromialgias;
- i)** Doença Miofascial;
- j)** tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- k)** tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
- l)** todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
- m)** períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;
- n)** períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- o)** tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- p)** tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;

- q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- r) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;
- s) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- t) epidemias declaradas por órgão competente;
- u) atos ilícitos ou contrários a lei;
- v) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;
- w) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- x) os acidentes pessoais ocorridos antes e após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta).
- y) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

5. CAPITAL SEGUADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como Capital Segurado individual a quantidade máxima de rendas mensais contratadas multiplicada pelo valor da renda mensal contratada.

5.3. O valor da Renda mensal e a quantidade máxima de rendas mensais contratadas desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da renda mensal contratada durante o período de efetivo afastamento, limitado a quantidade máxima de rendas mensais contratadas.

5.5. A indenização será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

5.6. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que gerou o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

6. LIMITE DE PAGAMENTO

6.1. O limite de rendas será a quantidade máxima de rendas mensais indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1. A quantidade máxima de rendas mensais contratadas, definida na proposta de contratação, não poderá ultrapassar 12 (doze) meses.

6.1.2. Pelo mesmo evento, o número de rendas mensais indenizadas não pode superar o limite de rendas mensais contratadas.

6.2. As rendas não utilizadas no evento anterior não são cumulativas para os próximos eventos.

6.3. Os valores correspondentes aos pagamentos das indenizações dos meses subsequentes serão devidos sempre que se completar 30 dias de afastamento, contados a partir do final do período calculado para a indenização do mês anterior.

7. CARÊNCIA

Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, ou seja, somente estarão cobertas a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado por determinação médica.

8.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência do afastamento, será devido após cumprido a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

8.4. O período de afastamento será calculado a partir do primeiro dia após o término do prazo de franquia, e a indenização será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho, conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
- b)** O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

10. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1. O Segurado para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao seu afastamento total, contínuo e temporário, por determinação médica.

11.3. As despesas efetuadas com a legitimação do Afastamento por Acidente de Trabalho, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

11.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.5. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE DE TRABALHO (DD-ACIDT)

1. OBJETIVO

Desde que devidamente contratada, e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ou reembolso, ao(s) Beneficiário(s), a fim de custear as despesas diversas cuja finalidade será descrita na Proposta de Contratação, limitado ao Capital Segurado Individual, exclusivamente em consequência de acidente pessoal ocorrido durante o período/horário de trabalho ou no trajeto residência para o local de trabalho ou deste para aquela, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cobertura será o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade, e/ou Estipulante, conforme definido na Proposta de Contratação. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

Estão cobertos os acidentes ocorridos durante o período/horário de trabalho ou no trajeto período/horário de trabalho ou no trajeto da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, que tornem o Segurado incapaz de exercer sua profissão ou ocupação em razão de seu afastamento total, ininterrupto e temporário, por determinação médica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da cobertura Despesas Diversas por Acidente de Trabalho:

a) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

- b)** doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;
- c)** doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout” e depressão, independente das suas causas;
- d)** doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- e)** tratamento dentário não decorrente de acidente de trabalho e suas consequências;
- f)** cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- g)** cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- h)** figromialgias;
- i)** Doença Miofascial;
- j)** tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- k)** tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
- l)** todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
- m)** períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;
- n)** períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- o)** tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- p)** tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- q)** tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- r)** tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e ablação química cirúrgica e suas consequências;
- s)** complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- t)** epidemias declaradas por órgão competente;
- u)** atos ilícitos ou contrários a lei;
- v)** eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;

- w) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- x) os acidentes pessoais ocorridos antes e após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta);
- y) Acidente vascular cerebral (AVC), por ser uma doença caracterizada por déficit neurológico como resultado de distúrbio na circulação cerebral, não caracteriza Acidente Pessoal para fins deste Seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. O Capital Segurado desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.3. A indenização prevista nesta Cláusula será devida após decorrido o período de Franquia, limitado ao Capital Segurado Individual Contratado.

5.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data do acidente que gerou o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho.

6. CARÊNCIA

Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de sequela(s) de sua tentativa, caso em que a carência será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual do Seguro.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO

7.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesas Diversas por Acidente de Trabalho, conforme definido nessas condições contratuais

- a) O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
- b) O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

8. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

9. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

9.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao acidente de trabalho.

9.3. As despesas efetuadas com a legitimação/comprovação, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o acidente de trabalho.

9.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

9.5. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

10.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será

regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

10.1.1. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

11.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Despesa Diversa por Acidente de Trabalho, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

11.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA LER OU DORT (RITLD)

1. OBJETIVO

Desde que devidamente contratada, e expressa na Apólice e no Certificado Individual, essa cobertura garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado Individual, proporcional ao período de incapacidade temporária, em decorrência de lesões por esforço repetitivo (LER) e/ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), que impossibilite o Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico, durante a Vigência da Cobertura do Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cobertura será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com a legislação aplicável à herança.

3. RISCOS COBERTOS

Estão cobertas as incapacidades decorrentes de lesões por esforço repetitivo (LER) e/ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), que tornem o Segurado incapacitado de exercer a sua profissão ou ocupação de forma contínua e ininterrupta enquanto se encontrar sob tratamento médico.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. O Seguro se destina a cobrir a invalidez de caráter agudo e temporário, ou seja, a incapacidade decorrente de uma mesma causa. Assim, estão expressamente excluídas da cobertura do Seguro as incapacidades resultantes, direta ou indiretamente, de:

a) Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de

agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;

b) Doenças, acidentes, lesões e/ou deficiências preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;

c) hospitalização para “check-up”;

d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;

f) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;

g) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por:

- tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;
- epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;
- tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento e/ou procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;

h) Síndrome do pânico;

i) doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout” e depressão, independente das suas causas;

j) Qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;

k) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

l) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;

m) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;

- n) 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;
- o) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- p) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.
- q) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- r) Envenenamento de caráter coletivo.
- s) doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- t) tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;
- u) Doença Miofascial;
- v) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
- w) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- x) todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
- y) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;
- z) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- aa) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- bb) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;

4.2. O risco excluído referente doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER), informado no item de Riscos Excluídos das Condições Gerais, não se aplica para esta cobertura.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

5.2. Considera-se como Capital Segurado individual a quantidade máxima de rendas mensais contratadas multiplicada pelo valor da renda mensal contratada.

5.3. O valor da Renda mensal e a quantidade máxima de rendas mensais contratadas desta cobertura é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

5.4. A indenização consiste no pagamento do valor da renda mensal contratada durante o período de efetivo afastamento, limitado a quantidade máxima de rendas mensais contratadas.

a) Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora para os meses completos e o valor proporcional da Renda Mensal Temporária para os meses incompletos, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado que deverá ser entregue mensalmente;

b) Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, até a alta médica, limitada pelo período contratado.

5.5. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador, a data do diagnóstico médico da doença que solicita o afastamento do Segurado de suas atividades normais de trabalho para tratamento médico.

6. LIMITE DE RENDAS

6.1. O limite de rendas será a quantidade máxima de rendas mensais indenizáveis, em consequência do mesmo evento, definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

6.1.1. A quantidade máxima de rendas mensais contratadas, definida na proposta de contratação, não poderá ultrapassar 2 (dois) meses.

6.1.2. Pelo mesmo evento, o número de rendas mensais indenizadas não pode superar o limite de rendas mensais contratadas.

6.2. As rendas não utilizadas no evento anterior não são cumulativas para os próximos eventos.

6.3. Respeitadas as limitações contratuais, em caso de incapacidade contínua, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária durante o período de efetivo afastamento do Segurado da sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão, limitado ao período indenizável contratado e especificado na Apólice e no Certificado Individual.

7. CARÊNCIA

Para fins desta Cobertura, fica estipulado prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado não terá direito à Indenização se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

8.2. Para fins desta Cobertura, a franquia será de 15 (quinze) dias, ou seja, somente estarão cobertas as Incapacidades Temporárias, a partir do décimo sexto dia do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado, por determinação médica.

8.3. O valor da indenização para esta cobertura, quando da ocorrência da incapacidade coberta, será devido após cumprido a carência, quando aplicável, e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, sendo limitada por evento.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

9.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por LER E DORT, conforme definido nessas condições contratuais:

- a)** O(s) Seguro(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado contratado(s) nesta Seguradora não será(ão) cancelado(s) automaticamente;
- b)** O pagamento da Indenização não extingue esta cobertura, conforme definido no item Reintegração de Capital.

10. REGULAÇÃO DE SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

11. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

11.1. O Segurado, para recebimento do pagamento da indenização para esta Cobertura, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica e exames médicos apropriados, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

11.2. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com o conceito coberto por esta Cobertura.

11.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas a incapacidade temporária.

11.4. As despesas efetuadas com a legitimação da Incapacidade Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a incapacidade temporária.

11.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

11.6. Não serão aceitos como médico especialista o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados à prática da medicina.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. Caso existam outras coberturas contratadas no(s) Seguros(s) pertencente(s) a um mesmo Segurado que possam ser acionadas em virtude do mesmo evento gerador, cada cobertura será

regulada individualmente, de acordo com o determinado em suas condições especiais, para apuração da indenização devida, limitada ao respectivo Capital Segurado Individual contratado.

12.2. O pagamento desta cobertura não obriga a Seguradora a pagar Indenização referente às demais coberturas contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

13. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

13.1. Com o pagamento da Indenização decorrente da cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por LER e DORT, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada evento coberto.

13.2. A reintegração não se dá para o mesmo evento e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

14. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. OBJETIVO

Permitir que se inclua como Segurado dependente na Apólice, o cônjuge/companheiro de cada de Segurado Principal, exclusivamente na(s) cobertura(s) contratadas para a inclusão do Segurado Dependente (cônjuge), desde que devidamente expressa(s) na Apólice e no Certificado Individual, e respeitadas as Condições Contratuais.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. Nas coberturas contratadas e cujo evento gerador da indenização seja o falecimento do cônjuge (Segurado dependente), o Beneficiário do Seguro será sempre o Segurado Principal.

2.2. Para as demais coberturas contratadas, o Beneficiário do Seguro será sempre o próprio cônjuge.

3. FORMAS DE INCLUSÃO

3.1. AUTOMÁTICA: nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na Apólice os cônjuges de todos os Segurados Principais, exceto aqueles que já fizeram parte do Grupo Segurado Principal. Neste caso, os prêmios correspondentes aos cônjuges serão pagos por todos os componentes do Grupo Segurado independente de possuírem ou não cônjuges.

3.2. FACULTATIVA: nesta modalidade de inclusão, o cônjuge somente será incluído no Seguro por manifestação expressa do Segurado Principal e concomitantemente com ele, mediante preenchimento da proposta de adesão individual e da declaração de saúde do cônjuge. Os prêmios correspondentes ao Seguro do cônjuge serão pagos pelo respectivo Segurado Principal que optou pela inclusão do cônjuge.

3.2.1. Na forma de inclusão facultativa, a inclusão do cônjuge no Grupo Segurado, posteriormente à inclusão do Segurado Principal, somente poderá ser feita mediante declaração de saúde assinada por ambos, podendo a Seguradora exigir, ainda, laudo médico que ateste as boas condições de saúde do cônjuge.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Poderão ser contratadas as coberturas a seguir listadas, para Inclusão de Cônjuges na Apólice:

- Morte;
- Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
- Morte Acidental;
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- Invalidez Permanente Total por Acidente
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas;
- Diária de Internação Hospitalar
- Diária de Internação Hospitalar UTI
- Diária de Internação Hospitalar decorrente de Doenças Graves
- Renda de Incapacidade Temporária
- Renda por Incapacidade Temporária por LER e DORT
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Cobertura Básica de Morte;
- Doenças Graves, Doenças Graves Ampliadas;
- Despesas Diversas por Morte;
- Reembolso de Despesas com Funeral;
- Auxílio Funeral;
- Assistência Funeral;
- Reembolso de Despesas com Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
- Auxílio Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
- Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos referentes as coberturas contratadas para a Inclusão de Cônjuge na Apólice, estão mencionados nos itens Riscos Excluídos das Condições Gerais e das Condições Especiais de cada cobertura.

6. CAPITAL SEGUADO

6.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

6.2. O Capital Segurado referente às coberturas contratadas para a Inclusão de Cônjuge na Apólice é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

6.3. O Capital Segurado referentes as coberturas contratadas para a Inclusão de Cônjuge na Apólice, não pode ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado principal.

6.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data informada nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

7. CARÊNCIA

O prazo de carência, quando previstos para as coberturas contratadas para a Inclusão de Cônjuge na Apólice, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

8. CANCELAMENTO DO SEGURO

8.1. Além do informado nas Condições Gerais e nas Condições Especiais de cada cobertura, o Seguro do cônjuge será obrigatoriamente cancelado:

- a)** nos casos de exclusão do Segurado Principal da Apólice, inclusive por morte;
- b)** no caso de separação judicial ou divórcio;
- c)** no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o);
- d)** a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa.

9. REGULAÇÃO DE SINISTRO

9.1. A documentação necessária para Regulação do Sinistro, respeitará aquela mencionada na Condição Especial de cada cobertura contratada, para a Inclusão de Cônjuge na Apólice.

9.2. Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

Será respeitado o disposto na Condição Especial de cada cobertura contratada para a Inclusão de Cônjuge na Apólice.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Será respeitado o disposto na Condição Especial de cada cobertura contratada para a Inclusão de Cônjuge na Apólice.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. OBJETIVO

1.1. Permitir que se inclua como Segurado dependente na Apólice os filhos e enteados menores de 21 anos, naturais ou adotados, dependentes do Segurado Principal e/ou do Segurado Dependente, exclusivamente na(s) cobertura(s) contratadas para a inclusão do Segurado Dependente (filhos), desde que devidamente expressa(s) na Apólice e no Certificado Individual e respeitadas as Condições Contratuais.

1.2. A inclusão poderá ser estendida ao filho até 24 anos se este for solteiro, dependente dos pais e estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

1.3. Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.

1.4. Ficam também incluídos o(s) filho(s) inválido(s), de qualquer idade, considerado dependente do Segurado Principal pela legislação do Imposto de Renda e da Previdência Social.

1.5. Nas hipóteses do subitem 1.4 é garantido apenas o reembolso das despesas ocorridas com o funeral, respeitando-se o limite de capital fixado nesta Cobertura.

2. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário das coberturas contratadas para a Inclusão de Filho(s) na Apólice será sempre o Segurado Principal.

3. FORMAS DE INCLUSÃO

3.1. AUTOMÁTICA: nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na Apólice os filhos de todos os Segurados Principais e/ou dos Cônjuges Segurados. Neste caso, os prêmios correspondentes aos filhos serão pagos por todos os componentes do Grupo Segurado independente de possuírem ou não filhos.

3.2. FACULTATIVA: nesta modalidade de inclusão, os filhos somente serão incluídos no Seguro por manifestação expressa do Segurado Principal, mediante preenchimento da proposta de adesão individual e da declaração de saúde dos filhos. Os prêmios correspondentes ao Seguro dos filhos serão pagos pelo respectivo Segurado Principal que optou pela inclusão dos filhos.

3.2.1. Quando ambos os cônjuges forem Segurados principais do mesmo grupo Segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito da cláusula.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Poderão ser contratadas as coberturas a seguir listadas, para Inclusão de Filho(s) na Apólice:

- Morte;
- Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
- Reembolso de Despesas com Funeral;
- Assistência Funeral;
- Auxílio Funeral;
- Despesas Diversas por morte;
- Reembolso de Despesas com Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
- Auxílio Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia;
- Assistência Funeral por Morte decorrente de Epidemia e Pandemia.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos referentes as coberturas contratadas para a Inclusão de Filho(s) na Apólice, estão mencionados nos itens Riscos Excluídos das Condições Gerais e das Condições Especiais de cada cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Entende-se como Capital Segurado Individual o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), para a Cobertura contratada, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

6.2. O Capital Segurado referente as coberturas contratadas para a Inclusão de Filho(s) na Apólice é definido pelo Estipulante na Proposta de Contratação e/ou pelo Segurado na Proposta de Adesão Individual, observando-se o limite de comercialização da cobertura e as regras definidas pela Seguradora, podendo contratar mais de um Seguro desde que dentro dos limites permitidos para contratação, nesta ou em distintas Seguradoras.

6.3. O Capital Segurado referentes as coberturas contratadas para a Inclusão de Filho(s) na Apólice, não pode ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado principal.

6.4. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento gerador a data informada nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

7. CARÊNCIA

O prazo de carência, quando previstos para as coberturas contratadas para a Inclusão de Filho(s) na Apólice, será definido na Proposta de Contratação e constará na Apólice e no Certificado Individual.

8. CANCELAMENTO DO SEGURO

8.1. Além do informado nas Condições Gerais e nas Condições Especiais de cada cobertura, a Seguro do(s) Filho(s) será obrigatoriamente cancelado:

- a)** nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por morte;
- b)** no caso de cessação da condição de dependente, como previsto no Regulamento do Imposto de Renda;
- c)** quando o filho atingir 21 anos de idade, ou 24 anos se este estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério da Educação; ou
- d)** a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do(s) filho(s) for facultativa.

9. REGULAÇÃO DE SINISTRO

9.1. A documentação necessária para Regulação do Sinistro, respeitará aquela mencionada na Condição Especial de cada cobertura contratada, para a Inclusão de Filho(s) na Apólice

9.2. Na ocorrência do sinistro, Segurado, Beneficiário(s), Estipulante ou Comunicante(s), deverá(ão) apresentar à Seguradora, a documentação indicada ao Evento Coberto acionado por esta Cobertura, conforme descrito nestas Condições Gerais.

10. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

Será respeitado o disposto na Condição Especial de cada cobertura contratada para a Inclusão de Filho(s) na Apólice.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

Será respeitado o disposto na Condição Especial de cada cobertura contratada para a Inclusão de Filho(s) na Apólice.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta Condição Especial e que lhe sejam pertinentes.