



**SEGURO DE VIDA EM GRUPO
POR FAIXA ETÁRIA**

CONDIÇÕES GERAIS

Processo SUSEP nº. 15414.004535/2007-40

ÍNDICE

1	OBJETIVO	4
2	DEFINIÇÕES	4
3	GARANTIAS DO SEGURO	7
4	RISCOS EXCLUÍDOS	8
5	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	9
6	CARÊNCIAS	9
7	GRUPO SEGURÁVEL	9
8	ACEITAÇÃO DO SEGURO	10
9	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	11
10	CAPITAL SEGURADO	11
11	PAGAMENTO DO PRÊMIO	12
12	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	13
13	PRAZO DE TOLERÂNCIA	13
14	PERDA DE DIREITO.....	14
15	CANCELAMENTO DO SEGURO	14
16	REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR FAIXA ETÁRIA	15
17	CRITÉRIO DE TAXAÇÃO	15
18	REAVALIAÇÃO DA TAXA	16
19	OBRIGAÇÕES	16
20	REGULAÇÃO DE SINISTROS	17
21	BENEFICIÁRIOS	19
22	REGIME FINANCEIRO	19
23	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	19
24	SUB-ROGAÇÃO	20
25	RATIFICAÇÃO	20
26	FORO.....	20
27	DISPOSIÇÕES GERAIS	20
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA.....	21
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE MORTE POR ACIDENTE	22
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	24
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	29
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE.....	34
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	39
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS	42
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES	45
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADAS	48
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO	

INVOLUNTÁRIO	51
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL	53
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL.....	54
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	56
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE TRASLADO DE CORPO	58
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS	60
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS	61
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER FEMININO.....	63
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA.....	65
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA EM CASO DE ACIDENTE.....	68
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE	70
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS	72
CONDIÇÃO ESPECIAL DE DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEDENTES TÉCNICOS DA APÓLICE	74

1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir o pagamento de uma indenização e/ou reembolso ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Acidente Pessoal

Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a Invalidez Permanente por Acidente do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se neste conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se deste conceito:

b.1) 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.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) 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

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "Invalidez Acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no subitem 2.1.

2.2 Apólice de Seguro

Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da Garantia solicitada pelo Estipulante.

2.3 Aviso de Sinistro

É o documento que deve ser preenchido e enviado à CAPEMISA, pelo Segurado, Beneficiário ou Estipulante, logo que tenha conhecimento da ocorrência do sinistro.

2.4 Beneficiário

Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.5 Boa-Fé

Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

2.6 Cancelamento

É a extinção do Contrato de Seguro antes do término de sua Vigência.

2.7 Capital Segurado

É o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora, na ocorrência do sinistro coberto, vigente na data do evento, pelas Condições Gerais.

2.8 Certificado Individual

É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do Seguro ou da alteração de valores do Capital Segurado ou do prêmio.

2.9 Coberturas de Risco

São as coberturas do Seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada. Denominadas nestas Condições Gerais de Garantias.

2.10 Condições Contratuais

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice e do Contrato.

2.11 Condições Gerais

É este conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro.

2.12 Condições Especiais

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de garantia que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.13 Contrato do Seguro

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

2.14 Corretor de Seguros

É a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e a promover Contratos de Seguro.

2.15 Doença em Estágio Terminal

Aquela em estágio terminal sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.16 Doença ou Lesão Preexistente

É a doença de conhecimento do Segurado e não declarada na Proposta Individual de Adesão.

2.17 Displasia Cervical

Crescimento desordenado de células no colo uterino, que podem evoluir para o câncer.

2.18 Estipulante

É a pessoa jurídica, que contrata a Apólice Coletiva de Seguro, investida dos poderes de representação dos Segurados nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

2.19 Evento Coberto

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

2.20 Garantias

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado, através de suas Condições Contratuais, quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.21 Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice Coletiva.

2.22 Grupo Segurável

É a totalidade dos empregados ativos vinculados ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.

2.23 Indenização

O valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva Garantia contratada.

2.24 Início de Vigência

É a data a partir da qual as Garantias de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

2.25 Liquidação de Sinistro

É o processo para pagamento da indenização ao Segurado/Beneficiário.

2.26 Médico

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, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.27 Médico Assistente

Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.28 Migração de Apólices

É a transferência de Apólice Coletiva em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

2.29 Natimorto

Aquele que nasceu morto ou que, tendo vindo à luz com sinais de vida, logo morreu.

2.30 Nota Técnica Atuarial

É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.31 Parâmetros Técnicos

A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

2.32 Período de Cobertura

Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados.

2.33 Prazo de Carência

É o período, contado do início de vigência da cobertura individual, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não farão jus aos Capitais Segurados contratados.

2.34 Prêmio

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

2.35 Proponente

É o interessado em contratar a garantia (ou garantias), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

2.36 Proposta de Contratação

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de aderir ou contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.37 Proposta Individual de Adesão

É o documento com a 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.

2.38 Prazo de Tolerância

Corresponde ao período máximo, em que ainda há cobertura, que antecede o cancelamento do seguro em razão da inadimplência (não pagamento) do Estipulante.

2.39 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.

2.40 Reintegração de Capital

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

2.41 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.

2.42 Risco

É o evento incerto ou de data incerta 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.

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

2.44 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 garantias contratadas, que nos termos destas Condições Gerais é a Capemisa Seguradora de Vida e Previdência S/A.

2.45 Seguro

É o Contrato pelo qual uma das partes se obriga, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

2.46 Sinistro

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

2.47 Subestipulante

É a pessoa jurídica investida de poderes de representação dos Segurados de cada subgrupo, perante a Seguradora. Somente será aceita como Subestipulante, a pessoa jurídica com a qual exista a relação empregado/empregador dos que exercem atividades na empresa.

2.48 Vigência do Seguro

É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

2.49 Vigência da Cobertura Individual

É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

2.50 Traslado de Corpo

Ato de transportar um corpo de um lugar para outro (Local do sepultamento ou Cremação).

3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1 Para fins deste Seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles definidos nas respectivas Condições Especiais e sendo estabelecidas nas Condições Contratuais, convencionadas nas cláusulas anexas à Apólice, devidamente ratificados no Contrato, que dela fazem parte integrante e inseparável.

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

3.2.1 A Garantia Básica oferecida por este Seguro é:

- Morte por Qualquer Causa

3.2.2 As Garantias Adicionais oferecidas por este Seguro são:

- Morte Acidental (MA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Garantia Básica de Morte (IFPDA);
- Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD);
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- Doenças Graves (DG);
- Doenças Graves Ampliadas (DGA);
- Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI);
- Auxílio Funeral (AUXF);
- Reembolso de Despesas com Funeral (RDF);
- Assistência Funeral (GASSF);
- Traslado de Corpo (TC);
- Despesas Diversas (GDD);

- Doenças Congênitas (DECONG);
- Diagnóstico de Câncer Feminino (DCF);
- Diária por Incapacidade Temporária (DIT);
- Diária por Incapacidade Temporária, em caso de acidente (DIT-ACID).

3.2.3 As Garantias Suplementares oferecidas por este Seguro são:

- Inclusão de Cônjuge (IAC) – de forma automática ou facultativa ;
- Inclusão de Filho (IAF) – de forma automática ou facultativa.

3.3 As garantias de Auxílio Funeral, Assistência Funeral e Reembolso de Despesas com Funeral não podem ser contratadas em conjunto.

3.4 As garantias de Invalidez Permanente Total por Doença, Invalidez Permanente Total por Doença – Antecipação da Garantia Básica de Morte, Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, Doenças Graves e de Doenças Graves Ampliadas não podem ser contratadas em conjunto.

3.5 As garantias de Doenças Graves e Diagnóstico de Câncer Feminino não podem ser contratadas em conjunto.

3.6 A contratação de qualquer Garantia Adicional ou Suplementar fica condicionada à contratação da Garantia Básica de Morte.

3.7 A contratação da cobertura de Traslado de corpo está condicionada à contratação das garantias de Auxílio Funeral ou Assistência Funeral ou Reembolso de Despesas com Funeral.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos das Garantias Básicas, das Garantias Adicionais e Suplementares deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos de vigência individual do Seguro;
- c) danos morais;
- d) para portadores de deficiência física: lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta Individual de Adesão, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, assim como, as condições clínicas advindas de qualquer complicação, em qualquer tempo, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos e ainda, as lesões e disfunções de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, também em qualquer tempo, 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, preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta Individual de Adesão.
- e) 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, exceto se decorrente da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- f) 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, salvo prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- g) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- h) nos seguros contratados por pessoa jurídica, atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;

- i) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, gripe aviária, envenenamento, exceto por absorção de substância tóxica e escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo;
- j) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- k) 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 as Condições Gerais do presente Seguro;
- l) 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;
- m) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;
- n) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa, nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro;
- o) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;
- p) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- q) perda de dentes e danos estéticos;
- r) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- s) sequestro ou tentativa de sequestro;
- t) participação em disputas ou duelos, exceto se provier da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

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

6. CARÊNCIAS

6.1 Para todas as garantias do Seguro de Vida haverá carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do segurado, ou de sequelas de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

6.2 Os prazos de carência, quando previstos pelo plano de Seguro, constarão nas Condições Contratuais.

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

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

6.5 Poderá ser definido nas Condições Contratuais período de carência de até 2 anos, para qualquer Garantia, exceto para os casos de acidente.

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

7. GRUPO SEGURÁVEL

Somente serão aceitos no grupo Segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável, isto é, que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante, 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 Individual de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde, quando exigida, o que será ratificado

no Contrato da Apólice. A aceitação do Segurado fica condicionada à análise pela Seguradora da Proposta Individual de Adesão.

7.1 O vínculo de que trata o subitem anterior estará de forma clara e objetiva definido na Proposta Individual de Adesão.

7.2 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.

7.3 Nos Seguros não contributários, todos os dirigentes, empregados ou associados do Estipulante serão incluídos na Apólice, excetuando-se apenas as pessoas impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem expressamente contra sua inclusão no Seguro.

7.4 Podem ser aceitos na Garantia Básica, nas Garantias Adicionais e Suplementares, mediante prévio acordo entre as partes, os aposentados por tempo de serviço que estejam em perfeitas condições de saúde, o que constará do Contrato da Apólice.

7.4.1 Fica estabelecido que a aceitação de aposentados só é permitida em 2 (dois) momentos:

- quando da recepção do grupo de Segurados, por ocasião da implantação da Apólice e desde que os mesmos já façam parte do grupo Segurado, de acordo com as condições estabelecidas no item 7; ou
- quando de sua efetiva aposentadoria, que implicará em sua manutenção na Apólice, sem interrupção de vigência individual.

7.4.2 O aposentado somente será mantido no Seguro enquanto seu prêmio for pago por intermédio do Estipulante.

7.5 Se o Segurado tiver sido aceito no Seguro com idade acima do limite fixado na Apólice, por motivo de inexatidão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, seu Seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação do erro na idade aconteça quando ocorrer algum evento coberto pela Apólice.

7.5.1 Se a inexatidão ou omissão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, não resultar de má-fé do Segurado, deverá ser considerado o subitem 14.3 destas Condições Gerais.

7.6 Os portadores de deficiência física que fizerem parte do grupo segurável estarão aceitos em todas as garantias, todavia, ficando excluídos os riscos relacionados na alínea "d" do item 4.1.

7.7 INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Podem ser incluídos neste Seguro como dependentes do Segurado Principal: cônjuge e filhos/enteados 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 na Garantia básica for maior.**

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

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

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

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A aceitação do Contrato de Seguro somente será feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de Seguros habilitado, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.

8.1 A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a não aceitação da proposta, 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 15 (quinze) dias sem que tenha ocorrido manifestação por parte da Seguradora, se caracterizará a aceitação tácita da proposta.

8.2 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.

8.3 No caso de não aceitação da proposta, a Seguradora deverá enviar, obrigatoriamente, uma comunicação formal ao proponente, justificando a recusa, devidamente fundamentada.

8.4 Em caso de recusa do risco e que tenha havido pagamento parcial ou total de Prêmio, a Seguradora deverá restituir o proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data de formalização da recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice conforme definido no item 12. Nesse caso, há cobertura do risco durante o período entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

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

8.6 Aceita a Proposta Individual de Adesão, a Seguradora emitirá e encaminhará 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. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

9.1 VIGÊNCIA DO SEGURO

A vigência do seguro será de até 5 (cinco) anos, sendo definida nas Condições Contratuais.

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

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

9.1.3 Nos Contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de Prêmio, 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 do Contrato.

9.1.4 Os Contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, ou data posterior, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará do Contrato.

9.2 RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.2.1 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.

9.2.2 As Apólices e os certificados individuais poderão ser renovados automaticamente uma única vez, e por igual período, salvo se a Seguradora, o Estipulante ou o Segurado, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência, comunicar o desinteresse pela Renovação. As renovações posteriores devem ser feitas de forma expressa.

9.2.3 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 na forma expressa.

9.2.4 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.

9.2.5 Caso a sociedade seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

10. CAPITAL SEGURADO

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

10.2 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 do Contrato da Apólice, tais como:

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

10.3 Nos Seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado.

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

10.5 No caso de Invalidez Parcial o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

10.6 O valor do Capital Segurado (limite máximo individual de garantia da Apólice) de cada componente, em cada Garantia, representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora no caso de realização do evento coberto.

10.7 Nos Seguros de Pessoas, o Capital Segurado é livremente estipulado pelo Segurado Principal, observando-se o critério de capital e o limite acordados entre as partes e estabelecidos no Contrato da Apólice, podendo haver contratação de Seguro, sobre o mesmo interesse, com a mesma Seguradora, ou Seguradoras diversas.

10.8 **O Capital Segurado, de acordo com o plano de Seguro contratado, será pago sob a forma única, o que constará expressamente do Contrato.**

10.9 No Seguro de Pessoas para o caso de morte, o capital eventualmente estipulado não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

10.10 O pagamento do Capital Segurado não pode ultrapassar o valor do interesse Segurado no momento do sinistro, e, em hipótese alguma, o limite máximo individual de garantia fixado na Apólice, salvo em caso de mora da Seguradora.

10.11 Para a Garantia Adicional de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, o Capital Segurado será definido nas Condições Contratuais do Seguro.

10.12 Para a Garantia Adicional de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, considera-se data de ocorrência do Sinistro, o dia imediatamente posterior à data do desligamento do segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional.

10.13 Se após 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 deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

11. PAGAMENTO DO PRÊMIO

Fica estabelecido que qualquer pagamento do Capital Segurado, por força do presente Contrato, somente passa a ser devido depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança.

11.1 O tipo de custeio de prêmio deste Seguro, item expressamente ratificado no Contrato da presente Apólice, classifica-se em:

- a) contributário é o Seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;
- b) não-contributário é o Seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante;
- c) parcialmente contributário 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 contributário.

11.2 O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais, observando-se os critérios de reajuste por faixa etária conforme definido nas Condições Contratuais.

11.3 O valor do Prêmio inicial do Seguro será estabelecido conforme o Capital Segurado Individual definido, o que constará da Proposta de Contratação, da Proposta Individual de Adesão e da Apólice do Seguro.

11.4 O valor do Prêmio será atualizado monetariamente conforme disposto no item 12.

11.5 A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.

11.6 Se a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

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

11.8 Os valores devidos a título de devolução de prêmios pela Seguradora sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item 12, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

11.9 Não se aplica a devolução de prêmios em caso de morte do Segurado durante o prazo de carência, tendo em vista a forma de regime financeiro do presente Seguro, que é regido por repartição simples.

11.10 No caso de cancelamento do Seguro, os valores de que trata o item 11.8 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.

11.11 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 11.8 serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

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

12.2 Alternativamente, poderá ser estabelecido nas Condições Contratuais, outro critério de atualização monetária.

12.3 Quando o pagamento do prêmio for único, os Capitais Segurados serão atualizados pelo IPC/ FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas, até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

12.4 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.

12.5 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.

12.6 Para efeito do disposto no subitem 11.8, consideram-se as seguintes datas de exigibilidade:

- a) para as Garantias de Acidentes Pessoais, a data do acidente;
- b) para as Garantias de Risco nos Seguros de Pessoas, a data da ocorrência do evento, ressalvado o disposto na alínea a;
- c) para as Garantias de Risco nos Seguros de Pessoas, cuja indenização corresponda ao reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo Segurado;
- d) para os valores devidos a título de devolução de prêmio, no caso de recusa da proposta pela Seguradora, a data de formalização da recusa.
- e)

13. PRAZO DE TOLERÂNCIA

13.1 **Caso o Segurado ou Estipulante não efetue o pagamento dos prêmios à Seguradora, fica garantido o direito do Segurado desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.**

13.2 Se o prêmio não for pago até a data limite expressa na Proposta Individual de Adesão e na Proposta de Contratação, o Segurado ou Estipulante poderá pagar o prêmio atualizado e corrigido com juros moratórios desde a

data limite até a data do efetivo pagamento, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.

13.3 O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado ou Estipulante é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas.

13.4 Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso pelo Segurado ou Estipulante serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao mês para cada mês de atraso.

13.5 Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido.

13.6 Caso o Segurado ou Estipulante permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento) por período superior a 90 (noventa) dias do prêmio não pago, a apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

14. PERDA DE DIREITO

14.1 O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

14.2 Se o Segurado, seu representante, ou seu corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

14.3 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Estipulante ou do Segurado, a Seguradora poderá:

14.3.1 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

14.3.3 Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

14.4 O segurado perderá direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando deixar de comunicar imediatamente à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

14.4.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Garantia contratada.

14.4.2 O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

O não pagamento do Prêmio por parte do Segurado ou do Estipulante nos prazos estipulados nas Condições Contratuais poderá acarretar o cancelamento automático do Seguro, se não houver regularização dos Prêmios antes de completar 90 (noventa) dias da parcela vencida e não paga.

15.1 O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

15.2 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. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR FAIXA ETÁRIA

O prêmio da Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa, e das Garantias Adicionais de Reembolso de Despesas com Funeral, de Traslado de corpo, de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Garantia Básica de Morte, de Auxílio Funeral, de Assistência Funeral e de Despesas Diversas, estipulado na data de início de vigência individual do Seguro será aquele estabelecido na Proposta Individual de Adesão, e, periodicamente, além do reajuste da atualização monetária, será reenquadrado em decorrência da mudança de faixa etária de cada Segurado, conforme definido nas Condições Contratuais.

16.1 No mês de aniversário do segurado que justifique deslocamento para outra faixa etária, o respectivo prêmio será automaticamente ajustado com o percentual da nova faixa etária.

16.2 Alternativamente, poderá ser estabelecido nas Condições Contratuais, outro critério de reenquadramento do prêmio por faixa etária.

16.3 Caso seja contratada a Tabela Padrão, os percentuais de reenquadramento serão os seguintes :

Tabela Padrão										
Garantia	Faixas Etárias									
	Até 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60	61 a 65	66 a 70	71 a 75	76 a 80
Morte por Qualquer Causa (MQC)	-	20,65%	70,27%	76,72%	55,69%	40,19%	45,82%	63,78%	65,65%	62,79%
Reembolso de Despesas com Funeral (RDF)	-	20,65%	70,27%	76,72%	55,69%	40,19%	45,82%	63,78%	65,65%	62,79%
Despesas Diversas (GDD)	-	20,65%	70,27%	76,72%	55,69%	40,19%	45,82%	63,78%	65,65%	62,79%
Assistência Funeral (GASSF)	-	20,65%	70,27%	76,72%	55,69%	40,19%	45,82%	63,78%	65,65%	62,79%
Auxílio Funeral (AUXF)	-	20,65%	70,27%	76,72%	55,69%	40,19%	45,82%	63,78%	65,65%	62,79%
Traslado de corpo	-	20,65%	70,27%	76,72%	55,69%	40,19%	45,82%	63,78%	65,65%	62,79%
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	-	21,47%	53,88%	69,61%	79,93%	85,87%	88,84%	90,22%	90,86%	98,34%
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação da Garantia Básica de Morte (IFPDA)	-	24,22%	62,09%	86,86%	68,53%	52,48%	45,96%	50,37%	54,25%	56,45%

16.3.1 Caso não seja contratada a Tabela Padrão, os percentuais de reenquadramento serão os estabelecidos na tabela constante no Contrato da Apólice.

16.4 O percentual de aumento entre as idades constará das Condições Contratuais e será disponibilizado aos Proponentes quando da adesão ao Seguro.

17. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO

17.1 A Seguradora adotará taxas por faixa etária para a Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa, para as Garantias Adicionais de Reembolso de Despesas com Funeral, de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Garantia Básica de Morte, de

Auxílio Funeral, de Assistência Funeral e de Despesas Diversas. Para as demais Garantias, a Seguradora adotará taxas médias únicas.

17.2 Na fixação das taxas, 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.

17.3.1 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.

18. REAVALIAÇÃO DA TAXA

As taxas das Garantias de Morte Acidental, de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, de Doenças Graves, de Doenças Graves Ampliadas, de Perda de Renda por Desemprego Involuntário e de Doenças Congênitas serão reavaliadas anualmente e serão alteradas caso venham a se mostrar inadequadas.

18.1 O critério de reavaliação tomará por base a seguinte metodologia:

I. Na data da reavaliação será apurada a sinistralidade média da carteira.

II. Na data da reavaliação será apurado também a sinistralidade média do mercado conforme publicado no site da SUSEP.

III. Comparar as sinistralidades médias da carteira e de mercado.

IV. Calcular o fator resultante da divisão da Sinistralidade Real pela Sinistralidade Esperada.

18.2 Se o fator encontrado for superior a 1 e inferior a 1,5, será analisado o equilíbrio técnico-atuarial da carteira, podendo gerar reavaliação das taxas caso seja verificada insuficiência na taxa praticada e o critério de reajuste será proposto com base na sinistralidade da carteira, nas informações do grupo Segurado atual e nos respectivos Capitais Segurados.

18.3 Se o fator resultante da divisão da Sinistralidade Real pela Sinistralidade Esperada for superior a 1,5, o reajuste será proposto com base no próprio fator obtido.

18.4 O período para apuração da sinistralidade da carteira será dos últimos 24 meses anteriores à data da reavaliação.

18.5 A sinistralidade esperada será definida de acordo com os carregamentos previstos na Apólice, o IBNR (Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), e a Despesa Administrativa, acrescidos de, no mínimo, 10% de margem de segurança e lucro.

18.6 Quaisquer alterações nas taxas puras anuais, adotadas no plano, serão previamente submetidas à SUSEP.

18.7 Qualquer alteração das taxas de Seguro, por implicar em ônus aos Segurados, dependerá da anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado, e será realizada por aditivo à Apólice, ratificada pelo correspondente aditivo.

As taxas para as Garantias de Morte por Qualquer Causa, de Reembolso de Despesas com Funeral, de Traslado de corpo, de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Garantia Básica de Morte, de Auxílio Funeral, de Assistência Funeral e de Despesas Diversas não terão reavaliação anual, ressalvado o disposto no item 17 destas Condições Gerais.

19. OBRIGAÇÕES

19.1 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;

- 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 garantias 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.

19.1.1 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.

19.1.2 É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) rescindir o Contrato 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.

19.1.3 O não pagamento dos Prêmios à Seguradora, acarretará o cancelamento do Seguro, se o prazo for superior a 90 (noventa) dias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

19.1.4 Por determinação da SUSEP, é imprescindível que o Estipulante encaminhe à Seguradora, periodicamente, por meio magnético, 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.

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

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

19.1.7 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, garantias e Prêmios.

19.1.8 Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste Contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

19.2 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.

20. REGULAÇÃO DE SINISTROS

20.1 Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), conforme o caso, deverá(ão) apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, os documentos comprobatórios do sinistro e os

documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, definidos para cada garantia nas Condições Especiais do seguro.

20.2 A Indenização, de acordo com o plano de Seguro contratado, será paga sob a forma de pagamento único.

20.3 Os pagamentos relativos às Garantias deste Seguro têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos.

20.4 Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no subitem 20.5, implicará sobre o valor do Capital Segurado:

20.4.1 Juros moratórios de 1% (um por cento) para cada mês de atraso.

20.4.2 Atualização Monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice determinado no item 12.1, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

20.5 Faculta-se à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos e/ou informação. Neste caso o prazo de que trata o subitem 20.3 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

20.6 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, desempassador, 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.

20.6.1 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.

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

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

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

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

20.10 No Seguro de Pessoas 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.

20.11 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 garantias de Acidentes Pessoais, a data do acidente;
- b) para as garantias de risco nos Seguros de Pessoas, a data da ocorrência do evento, ressalvado o disposto na alínea a;
- c) para as garantias de risco nos Seguros de Pessoas, cuja indenização corresponda ao reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo Segurado;
- d) para os valores devidos a título de devolução de prêmios, no caso de recusa da proposta pela Seguradora, a data de formalização da recusa.

20.12 Para a Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa, considera-se data de ocorrência do Sinistro, a data da morte do Segurado.

20.13 Documentos que qualificam e habilitam o Beneficiário:

a) Quando há designação de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Certidão de Casamento ou Nascimento do Beneficiário (cópia autenticada);
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF dos Beneficiários do Seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
- Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);
- Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);
- Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do tutor;

- Termo de Curatela, somente para a garantia de Invalidez e no caso do Segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;
- Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ).
- b)** Quando não há designação nominal de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:
 - Certidão de Casamento ou Nascimento do Beneficiário (cópia autenticada);
 - RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF dos beneficiários do seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
 - Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);
 - Escritura Pública de declaração de únicos herdeiros legais ou Certidão de Rol de Herdeiros Legais extraída dos autos do processo de inventário do segurado, quando não houver designação de Beneficiários estipulada em contrato;
 - Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);
 - Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do tutor;
 - Termo de Curatela, somente para as Garantias de Invalidez e no caso do segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;
 - Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ);
 - Cópia do comprovante bancário de cada beneficiário com os dados completos da conta corrente para crédito em nome do favorecido ou menor representado.

21. BENEFICIÁRIOS

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.

21.1 Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge/companheiro(a) não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

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

22. 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 quaisquer Prêmios pagos.

23. 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 Gerais, as Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

24. 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.

25. RATIFICAÇÃO

Ratificando o disposto no item 3 destas Condições Gerais, considerar-se-ão cobertos os riscos devidamente relacionados, em item específico, no Contrato da Apólice, que fazem parte integrante e inseparável da Apólice.

26. 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.

26.1 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 26 anterior.

27. DISPOSIÇÕES GERAIS:

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

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

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

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de morte do Segurado por qualquer causa, natural ou acidental, durante a Vigência deste Seguro.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

2.2 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

2.3 A Seguradora poderá, desde que estabelecido nas Condições Contratuais, antecipar o pagamento de 50% do Capital Segurado contratado para a Garantia de Morte, ao segurado ou ao seu cônjuge, caso este também possua esta garantia, em caso de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado. O segurado ou seu cônjuge perderão o direito a tal antecipação se houver a contratação da Garantia de Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Garantia Básica de Morte (IFPDA).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos referentes a esta garantia estão mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1 Na ocorrência do sinistro, compete ao Estipulante e/ou aos Beneficiários, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia do Registro de Empregado (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia da Proposta Individual de Adesão.

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. 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 deverá ser deduzida do valor do Capital Segurado Individual por Morte.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE MORTE POR ACIDENTE (MA)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de morte do Segurado em consequência de acidente coberto, conforme definido no subitem 2.1 das Condições Gerais.

2. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado poderá ser de até 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa, sendo este percentual definido pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Além dos riscos mencionados no subitem 2.1 das Condições Gerais, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de :

- 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) 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

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- b) 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.

5. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

5.1 Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

5.1.1 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH;
- CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente na empresa);
- Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do IML (quando houver).

6. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O Beneficiário, para recebimento do Capital Segurado Individual, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

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

6.2 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.

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

7. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte por Acidente e por Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. 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 deverá ser deduzida do valor do Capital Segurado Individual por Morte.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

Garantir uma indenização ao Segurado Principal, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

2. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado poderá ser de até 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte.

2.1 O percentual será definido pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

2.2 O Capital Segurado relativo à Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será automaticamente reintegrado após cada acidente.

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

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos mencionados no subitem 2.1 das Condições Gerais, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- 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) 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

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.
- b) 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.

5. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

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, a Seguradora deve pagar uma 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 CS
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 DIVERSAS – DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
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 CS
Perda total de 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.	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
- menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

5.1.1 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 redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata deste grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente. 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.

5.2 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 individual desta garantia.

5.3 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.

5.4 Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

6. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Morte por Acidente e Morte não se acumulam. 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 Total ou Parcial por Acidente deve ser deduzida dos valores dos Capitais Segurados por morte, se contratada estas Garantias.

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

7.1 Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", constando data, hora, local e causa do acidente, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

7.1.1 A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente, carimbo com o CRM do médico, seu endereço, CNPJ e reconhecimento de firma deste último;
- Relatórios médicos;
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia do Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS;
- Cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado;

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

7.3 O Beneficiário 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 legislação aplicável à herança.

8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Garantia, 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.

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

8.2 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.

8.3 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 doença ou acidente.

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

8.5 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.

8.6 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado Individual.

9 JUNTA MÉDICA

No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão de lesão bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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

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

10 RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO

Garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização, em caso de invalidez funcional permanente total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente.

1.1 A perda da existência independente é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nesta Condição Especial.

2. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte.

3. RISCOS COBERTOS

Está expressamente coberta a invalidez funcional permanente total por doença do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- h) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.1 Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.2 O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade.

3.3 A Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

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

3.5 Para a classificação no 2º ou 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali previstas.

3.6 Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.7 A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas.

3.8 Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

Atributos	Escalas	Pontos
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

Dados Antropométricos, Riscos Interagentes e Agravos Mórbidos	Pontuação
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

4. CARÊNCIA

Para fins desta Garantia, fica estipulado prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do Seguro. Assim, não terá direito à indenização o Segurado que for acometido por doença coberta durante o prazo de carência.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;
- b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- c) para as apólices destinadas a trabalhadores sujeitos a maior incidência de doenças ocupacionais/profissionais, claramente identificadas, os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais,

entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.1 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário de "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com carimbo, CRM e assinatura do médico;
- Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível;
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

7. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Garantia, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

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

7.2 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.

7.3 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 doença ou acidente.

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

7.5 As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, 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 Quadro Clínico Incapacitante.

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

7.7 Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Garantia. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do capital segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente. A cobertura de morte, assim como as demais coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.

8. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta Garantia 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.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE (IFPDA)

1. OBJETIVO

Garantir ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado de 100% do Capital Segurado Individual referente à garantia básica de morte, em caso de invalidez funcional permanente total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente.

1.1 A perda da existência independente é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nesta Condição Especial.

2. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado será igual ao Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte.

3. RISCOS COBERTOS

Está expressamente coberta a invalidez funcional permanente total por doença do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - i. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - ii. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - iii. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - iv. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - i. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - ii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - iii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.1 Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.2 O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade.

3.3 A Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

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

3.5 Para a classificação no 2º ou 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali previstas.

3.6 Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.7 A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas.

3.8 Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

Atributos	Escalas	Pontos
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

Dados Antropométricos, Riscos Interagentes e Agravos Mórbidos	Pontuação
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

4. CARÊNCIA

Para fins desta Garantia, fica estipulado prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do Seguro. Assim, não terá direito à indenização o Segurado que for acometido por doença coberta durante o prazo de carência.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por Acidente Pessoal;
- doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;

- c) para as apólices destinadas a trabalhadores sujeitos a maior incidência de doenças ocupacionais/profissionais, claramente identificadas, os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.1 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário de "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com carimbo, CRM e assinatura do médico;
- Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autônômicas do Segurado;
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível; e
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

7. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Garantia, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

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

7.2 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.

7.3 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 doença ou acidente.

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

7.5 As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, 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 Quadro Clínico Incapacitante.

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

7.7 Desde que efetivamente comprovada, por ser a garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença uma antecipação da garantia básica de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como exclui o segurado da apólice.

7.8 Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais.

8. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta Garantia 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.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – (ILPD)

1. OBJETIVO

- 1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a presente cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de um Capital Segurado, de acordo com o valor contratado, ao Segurado, seu curador ou a quem o represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que for comprovada, através de declaração médica e exames complementares, a Invalidez Laborativa Permanente Total decorrente de Doença profissional do Segurado contraída no exercício da atividade profissional, e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) – ensejando a sua aposentadoria, após o início de vigência, dentro do período de cobertura do seguro e desde que respeitadas as Condições Contratuais do Seguro, exceto se decorrentes dos riscos excluídos previstos no item 4 das Condições Gerais do Seguro.
- 1.1.1. Para todos os efeitos, considera-se invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.
- 1.1.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 1.1.3. Para fins deste seguro, a atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas Condições Contratuais do Seguro.
- 1.1.4 Não serão considerados Segurados aqueles que não exerçam nenhuma atividade laborativa.
- 1.2. Para fins desta cobertura, além da comprovação médica, se fazem necessário a comprovação da aposentadoria do Segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por doença profissional que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data da inclusão do Segurado na Apólice e que o Segurado seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto, nos termos do item 10.2 das Condições Gerais do Seguro.
- 2.2. O pagamento do Capital Segurado será feito considerando a moeda corrente vigente no país.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. Estão expressamente cobertas as doenças relacionadas com o trabalho, conforme listagem oficial instituída pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº 1339/GM de 18 de novembro de 1999.
- 3.2. A constatação da Invalidez Laborativa Permanente total por Doença, conforme definida no subitem 1.1, será feita por declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na sua especialização.
- 3.3. A concessão desta cobertura está vinculada à aposentadoria por invalidez decorrente de doença profissional concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas.

- 3.4. O valor do Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso nas Condições Contratuais do Seguro, aplicável sobre o capital da cobertura de Morte apurado na data da ocorrência do evento coberto. Uma vez pago o Capital Segurado referente a esta cobertura, o seguro do Segurado Principal estará automaticamente cancelado.

4. CARÊNCIA

O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir da data de inclusão do Segurado na Apólice.

O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

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

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário de "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com carimbo, CRM e assinatura do médico;
- Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia Simples);
- Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível; e
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

7. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Garantia, deverá provar a ocorrência do sinistro por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

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

7.2. 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.

7.3. 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 doença ou acidente.

7.4. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, 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 Quadro Clínico Incapacitante.

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

7.6. Desde que efetivamente comprovada, a garantia de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como exclui o segurado da apólice.

7.7. Não restando comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais.

8. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta Garantia 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.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas ao Segurado Principal, efetuadas para o tratamento do mesmo, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte.

2.2 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 ao Capital Segurado obtido pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma das Apólices.

2.3 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 Garantia Básica de Morte.

3. RISCOS COBERTOS

Despesas médicas, hospitalares e odontológicas para eventos diretamente ligados a causas acidentais do Segurados.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- 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;
- 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, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;
- 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) 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 conseqüentes 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.

5. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

6. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, com a apresentação dos seguintes documentos:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- Notas Fiscais originais;
- Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
- Receita Médica;
- Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada).

6.1 O Beneficiário 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 legislação aplicável à herança.

7. REEMBOLSO

O segurado poderá sub-rogar a terceiros (pessoa física ou jurídica responsável pelo pagamento das despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente pessoal coberto do segurados, devidamente comprovado) o seu direito ao reembolso.

8. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

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 á 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 garantia em cada uma delas.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO

Garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização, em caso de diagnóstico definitivo de doença grave durante a vigência do Seguro, conforme estabelecido no item 3 desta Condição Especial.

2. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa.

3. RISCOS COBERTOS

Para fins desta Garantia 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):** diagnóstico de tumor maligno, caracterizado pelo crescimento anormal de células, com indicação de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia; e
- e) **Transplante de Órgãos Vitais:** transplante de coração, fígado, medula óssea, pâncreas ou pulmão, desde que o transplante seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado.

4. CARÊNCIA

Para fins desta Garantia, fica estipulado prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência do Seguro.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) no caso de Acidente Vascular Cerebral:
 - ataques isquêmicos transitórios;
 - qualquer alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral;
 - lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma.
- 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 ou hemodiálise.
- 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;
 - qualquer tipo de leucemia.
- e) no caso de Transplante de Órgãos Vitais:
- transplante de tecidos;
 - qualquer autotransplante;
 - demais órgãos ou células, exceto os transplantes cobertos previstos no item 3 da Condição Especial desta Garantia.

6. DIAGNÓSTICO DA DOENÇA

Diagnosticada uma doença que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.1 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com carimbo, CRM e assinatura do médico;
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Laudo médico com o diagnóstico da doença grave coberta:
 - **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o Acidente Vascular Cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a sequela decorrente, bem como a comprovação com exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética;
 - **Cirurgia Coronariana:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica, diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com tórax aberto ou a angioplastia através de cateterismo cardíaco comprovado por exames apropriados;
 - **Insuficiência Renal Crônica:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em nefrologia, diagnosticando a falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, acompanhado de exames complementares apropriados;
 - **Neoplasia:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em oncologia, diagnosticando o tumor maligno, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia de exames citológicos e histológicos apropriados;
 - **Transplante de Órgãos Vitais:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando o transplante como único recurso para recuperação do órgão afetado, acompanhado de exames complementares apropriados.

7. COMPROVAÇÃO DA DOENÇA

O Segurado, para recebimento do Capital Segurado, deverá provar por meio de uma declaração médica o diagnóstico da doença coberta, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.1 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.

7.2 As despesas efetuadas com a legitimação da Doença Grave, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora.

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

7.4 Desde que efetivamente comprovada a Doença Grave, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Garantia.

8. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta Garantia 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.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADAS (DGA)

1. OBJETIVO

Garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização, em caso de diagnóstico definitivo de doença grave durante a vigência do Seguro, conforme estabelecido no item 3 desta Condição Especial.

2. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa.

3. RISCOS COBERTOS

Para fins desta garantia são consideradas doenças graves ampliadas 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) **Doença de Parkinson Grave:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão (neurologista), diagnosticando Mal de Parkinson em estado crônico, acompanhado de exames complementares apropriados.
- d) **Insuficiência Hepática Crônica:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando Insuficiência Hepática Crônica, exclusivamente para casos de Hepatite "C", inclusive a Cirrose Hepática, acompanhado de exames complementares apropriados.
- e) **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;
- f) **Lupus em estado crônico:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando Lupus em estado crônico, acompanhado de exames complementares apropriados.
- g) **Neoplasia (Câncer):** diagnóstico de tumor maligno, caracterizado pelo crescimento anormal de células, com indicação de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia; e
- h) **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS):** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão (infetologista), diagnosticando a AIDS, acompanhado de exames complementares apropriados.
- i) **Transplante de Órgãos Vitais:** transplante de coração, fígado, medula óssea, pâncreas ou pulmão, desde que o transplante seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) **no caso de Acidente Vascular Cerebral:**
 - ataques isquêmicos transitórios;
 - qualquer alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral;
 - lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma.
- 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 Doença de Parkinson:**
 - se for desencadeada pelo uso de certos medicamentos e, pela suspensão destes, houver regressão do quadro neurológico, não estará reconhecido o direito à Garantia;
 - os quadros de Síndrome de Parkinson consequenteconsequentes a acidentes ou dependência química do Segurado.
- d) **no caso de Insuficiência Renal Crônica:**
 - insuficiência renal aguda e/ou crônica que não necessite de diálise peritoneal ou hemodiálise.
- e) **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;
 - qualquer tipo de leucemia.
- f) **no caso de Transplante de Órgãos Vitais:**
 - transplante de tecidos;
 - qualquer autotransplante;
 - demais órgãos ou células, exceto os transplantes cobertos previstos no item 3 da Condição Especial desta Garantia.
- 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 Garantia de Doenças Graves Ampliadas, não declarados na Proposta Individual de Adesão e de conhecimento do Segurado.**

5. CARÊNCIA

O período de carência para a Garantia Adicional de Doenças Graves Ampliadas será de 180 (cento e oitenta) dias, contados do início de vigência da cobertura individual.

6. DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS

Diagnosticada uma doença que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.1 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com carimbo, CRM e assinatura do médico;
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Laudo médico com o diagnóstico da doença grave coberta:
 - **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o Acidente Vascular Cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a seqüela decorrente, bem como a comprovação com exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética;

- **Cirurgia Coronariana:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica, diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com tórax aberto ou a angioplastia através de cateterismo cardíaco comprovado por exames apropriados;
- **Insuficiência Renal Crônica:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em nefrologia, diagnosticando a falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, acompanhado de exames complementares apropriados;
- **Neoplasia:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em oncologia, diagnosticando o tumor maligno, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia de exames citológicos e histológicos apropriados;
- **Transplante de Órgãos Vitais:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando o transplante como único recurso para recuperação do órgão afetado, acompanhado de exames complementares apropriados.
- **Insuficiência Hepática Crônica:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em hepatologia, diagnosticando a **Insuficiência Hepática Grave Crônica**, exclusivamente para casos de Hepatite “C”, inclusive a Cirrose Hepática, acompanhado de exames complementares apropriados.
- **Lupus em estado crônico:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando **Lupus em estado grave crônico**, acompanhado de exames complementares apropriados.
- **Doença de Parkinson Grave:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em neurologia, diagnosticando **Mal de Parkinson em estado grave crônico**, acompanhado de exames complementares apropriados.
- **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS):** laudo médico, firmado por médico de especialidade em infectologia, **diagnosticando a AIDS**, acompanhado de exames complementares apropriados.

7. COMPROVAÇÃO DA DOENÇA

O Segurado, para recebimento do Capital Segurado, deverá provar satisfatoriamente o diagnóstico da doença coberta, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.1 As despesas efetuadas com a legitimação da Doença Grave, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora.

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

7.3 Desde que efetivamente comprovada a Doença Grave, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura.

8. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta garantia 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.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (PRDI)

1. OBJETIVO

Garantir uma indenização ao beneficiário em caso de desemprego do segurado por rescisão injustificada do contrato de trabalho de forma unilateral, por parte do empregador e **não motivada por justa causa**, por prazo superior ao descrito nas Condições Contratuais do Seguro.

2. GARANTIA DO SEGURO

Para ter direito a esta Garantia é necessário o vínculo empregatício de, no mínimo, 12 (doze) meses contínuos sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas e de carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais com o mesmo empregador, comprovando ainda o devido registro em carteira de trabalho.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) Aposentadorias;
- b) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- c) Renúncia ou perda voluntária do vínculo empregatício;
- d) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- e) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;
- f) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- g) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês.

3.1 Fica estabelecido que os profissionais liberais estão excluídos da Garantia Adicional de Perda de Renda por Desemprego Involuntário.

4. CARÊNCIA

Para esta Garantia haverá uma carência de, no mínimo 30 (trinta) dias, a contar da data de inclusão do Segurado na apólice onde, qualquer evento não estará coberto.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

5.1 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia do Termo de Rescisão Contratual devidamente homologada pelo TRT ou pelo sindicato e/ou Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia da CTPS (página do contrato de trabalho onde consta o registro da saída do empregado);
- Cópia da Declaração de Ajuste Anual de Pessoa Física – IRPF;

- Extratos Bancários;
- Cópia autenticada da Via Marrom do requerimento de Seguro Desemprego protocolado pelo Ministério do Trabalho ou Caixa Econômica Federal;
- Cópia do comprovante de recebimento das parcelas do Seguro Desemprego;
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

6. COMPROVAÇÃO DA PERDA DE RENDA

6.1 É necessário ainda, para se ter direito a esta Garantia, a ocorrência de:

- a) demissão involuntária;
- b) o preenchimento da Carteira de Trabalho;
- c) o requerimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço com baixa no Contrato de Trabalho.

6.2 A prova do desemprego é a cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo com CNPJ da empresa empregadora com assinatura e data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF)

1. OBJETIVO

Indenizar o(s) Beneficiário(s), a título de custeio das despesas com o funeral do Segurado, com o Capital Segurado contratado, observados os termos das Condições Contratuais e desde que tenha havido a contratação da Garantia Básica de Morte.

2. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte.

3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia do Registro de Empregado (cópia autenticada).

4. DISPOSIÇÃO GERAL

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

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

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL (RDF)

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso de despesas com funeral ao(s) Beneficiário(s), na hipótese de ocorrência de morte do Segurado, conforme previsto nestas condições, observado o disposto no subitem 1.1 posterior.

1.1 A indenização de reembolso das despesas com o Funeral será concedida:

- a) **no Plano Individual:** a todos os Segurados Principais (excluído cônjuge e filhos);
- b) **no Plano Familiar:** a todos os Segurados Principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os filhos menores de 21 anos ou até 24 anos se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação e os dependente(s) legal(is) do Segurado.

2. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte.

3. REEMBOLSO

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

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral;
- Cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador;
- Comprovante de residência do Custeador;
- Comprovante bancário do Custeador;

3.1 Será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), a(s) pessoa(s) indicada(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas para organização do funeral do Segurado.

3.2 O reembolso será único e limitado ao valor das despesas com o funeral, estabelecido e acordado entre as partes no Contrato, desde que estejam devidamente comprovadas através da apresentação de notas fiscais originais.

3.3 Caso o segurado possua mais de uma apólice nesta ou em outra Seguradora, garantindo as despesas com o reembolso do funeral e a soma dos limites de indenização das apólices concorrentes seja superior ao valor da despesa, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, sendo o rateio proporcional ao limite segurado garantido por cada uma das Apólices concorrentes.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) aquisição de jazigo;
- b) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

5. DISPOSIÇÃO GERAL

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

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

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo, não modificadas por esta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (GASSF)

1. OBJETIVO

Garantir ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com o funeral ou a realização do funeral do Segurado, conforme previsto nestas condições, até o limite do Capital Segurado contratado para essa garantia, que poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a garantia básica de morte, observando os termos das Condições Contratuais.

1.1 O funeral poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa, na hipótese do Beneficiário optar pela prestação de serviço.

1.2 Na hipótese de o segurado ou beneficiário optar pelo reembolso é garantida a livre escolha do prestador de serviço funerário.

1.3 O reembolso das despesas com o Funeral ou a prestação de serviço será concedido:

- a) **no Plano Individual:** a todos os Segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) **no Plano Familiar:** a todos os Segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os filhos até 21 anos ou até 24 anos se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

2. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

2.1 Caso haja a opção pelo recebimento do reembolso:

O reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral;
- Cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador;
- Comprovante de residência do Custeador;
- Comprovante bancário do Custeador,

2.1.1 Neste caso, será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), a(s) pessoa(s) indicada(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas para organização do funeral do Segurado.

2.2 Caso haja a opção pela prestação do serviço:

Os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, antes de tomarem qualquer medida fornecendo os seguintes dados:

- Nome do Segurado;
- Se a família possui jazigo em cemitério;
- Onde a família pretende sepultar o corpo;
- Endereço e telefone;
- Local onde se encontra o corpo;
- outras informações que facilitem a execução dos serviços.

2.2.1 Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros, documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante ou Subestipulante.

2.2.2 O padrão do funeral será estabelecido nas Condições Contratuais, em função do Capital Segurado contratado para essa garantia.

2.2.3 Não há reembolso de quaisquer despesas efetuadas, direta ou indiretamente, pelo(s) Beneficiário(s), como antecipação, extensão ou realização do serviço.

2.3 Caso o segurado possua mais de uma apólice nesta ou em outra seguradora, garantindo as despesas com o reembolso do Funeral e a soma dos limites de indenização das apólices concorrentes seja superior ao valor da despesa, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, sendo o rateio proporcional ao limite segurado garantido por cada uma das Apólices concorrentes.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) aquisição de jazigo;**
- b) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.**

4. DISPOSIÇÃO GERAL

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

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

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE TRASLADO DE CORPO (TC)

1. OBJETIVO

Garantir ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com a realização do traslado de corpo do Segurado, conforme previsto nestas condições, até o limite do Capital Segurado contratado para essa garantia, que poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a garantia básica de morte, observando os termos das Condições Contratuais.

1.1 O traslado do corpo poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa, na hipótese do Beneficiário optar pela prestação de serviço.

1.2 Na hipótese de o segurado ou beneficiário optar pelo reembolso é garantida a livre escolha do prestador de serviço de traslado.

1.3 O destino do Traslado de Corpo deve ser exclusivamente no Território Brasileiro.

1.4 O reembolso das despesas com o traslado de corpo ou a prestação de serviço será concedido:

c) **no Plano Individual:** a todos os Segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e

d) **no Plano Familiar:** a todos os Segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os filhos até 21 anos ou até 24 anos se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

2. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

2.1 Caso haja a opção pelo recebimento do reembolso:

O reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao Traslado;
- Cópias do CPF e RG do Custeador;
- Comprovante de residência do Custeador;
- Comprovante bancário do Custeador,

2.1.1 Neste caso, será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), a(s) pessoa(s) indicada(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas do Traslado de corpo do Segurado.

2.2 Caso haja a opção pela prestação do serviço:

Os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, antes de tomarem qualquer medida fornecendo os seguintes dados:

- Nome do Segurado;
- Onde a família pretende sepultar o corpo;
- Endereço e telefone;
- Local onde se encontra o corpo;
- outras informações que facilitem a execução dos serviços.

2.2.1 Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros, documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante ou Subestipulante.

2.2.2 O padrão do traslado de corpo será estabelecido nas Condições Contratuais, em função do Capital Segurado contratado para essa garantia.

2.2.3 Não há reembolso de quaisquer despesas efetuadas, direta ou indiretamente, pelo(s) Beneficiário(s), como antecipação, extensão ou realização do serviço.

2.3 Caso o segurado possua mais de uma apólice nesta ou em outra seguradora, garantindo as despesas com o reembolso do Traslado de Corpo e a soma dos limites de indenização das apólices concorrentes seja superior ao valor da despesa, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, sendo o rateio proporcional ao limite segurado garantido por cada uma das Apólices concorrentes.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Compreende os riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais.

4. DISPOSIÇÃO GERAL

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

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS (GDD)

1. OBJETIVO

Garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado, em razão da morte devidamente coberta do Segurado, a fim de custear despesas diversas, cuja finalidade será definida nas Condições Contratuais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídas da Garantia Adicional de Despesas Diversas as mesmas exclusões da Garantia Básica de Morte Qualquer Causa e da Garantia Adicional de Morte Acidental.

3. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Na ocorrência do sinistro, compete ao Estipulante e/ou aos Beneficiários, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia do Registro de Empregado (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).
- Cópia da Proposta Individual de Adesão.

4. DISPOSIÇÃO GERAL

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

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DOENÇAS CONGÊNITAS (DECONG)

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de uma indenização ao segurado no caso de nascimento de filho(s) legítimo(s) com doença congênita conforme definida no item 2.

2. COBERTURA

2.1 Para fins desta cobertura entendem-se como doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para todos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

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

3. CAPITAL SEGURADO

Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do nascimento do filho do Segurado com doença congênita.

4. CARÊNCIA

O período de carência para a cobertura prevista nestas Condições Especiais é de até 9 (nove) meses, limitado à metade do prazo de vigência, contados a partir do início de vigência do risco individual do segurado na apólice de seguro.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) Doenças de filhos nascidos antes do cumprimento do prazo de carência;
- b) Doenças que não obedeçam à descrição estabelecida no item 2, desta Condição Especial.

6. DIAGNÓSTICO DA DOENÇA

Diagnosticada uma doença que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.1 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento e CPF do(s) filho(s) com a doença (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Laudo médico com o diagnóstico da doença congênita coberta;
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios da doença), incluindo laudos e resultados de exames e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível.

7. COMPROVAÇÃO DA DOENÇA

O Beneficiário, para recebimento do Capital Segurado, deverá provar satisfatoriamente o diagnóstico da doença congênita, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.1 As despesas efetuadas com a comprovação da Doença Congênita e documentos necessários correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

7.2 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o aviso de sinistro, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

7.3 Desde que efetivamente comprovada a Doença Congênita, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Garantia.

8. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta garantia 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.

9. DISPOSIÇÃO GERAL

O pagamento desta garantia não obriga a Seguradora ao pagamento do capital segurado das demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER FEMININO – (DCF)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, exclusiva para o público feminino, desde que contratada, garante à Segurada o pagamento do respectivo Capital Segurado individual contratado, quando diagnosticada a neoplasia maligna por médico habilitado em oncologia e demonstrada por resultado de exame anátomo-patológico, **exceto se decorrente dos riscos excluídos.**

As neoplasias malignas amparadas por esta cobertura são: Mama, Útero e Ovário.

2. COBERTURA

2.1 **Para fins desta cobertura entendem-se como neoplasia maligna (câncer)**, a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista.

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

2.3 **Será estabelecido contratualmente se a Indenização relativa à presente Cobertura será ou não antecipada do Capital Segurado da Cobertura de Morte, na hipótese de Evento Coberto.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

3.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico comprovado da neoplasia maligna.

4. CARÊNCIA

O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir da data de inclusão da Segurada na Apólice.

O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Além dos riscos excluídos no item 4 das Condições Gerais, também estão expressamente excluídos desta Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) melanoma não invasivo, sarcoma de kaposi, queratose actínica, leucoplasia oral, papilomatose oral florida, doença de Bowen, eritroplasia de Queyrat, Corno cutâneo, queratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular; carcinomas in situ (alteração do crescimento de superfícies epiteliais, em que as células normais são substituídas por células anaplásticas sem as características de comportamento da neoplasia, como invasão ou metástases), qualquer tipo de displasia e outras lesões pré-neoplásticas de qualquer órgão e/ou tecido. Hiperplasia benigna da próstata e qualquer tipo de leucemia. Qualquer tipo de câncer benigno.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto. A reintegração nestes casos será total e sem cobrança de Prêmio adicional. Não haverá reintegração quando a Cobertura for decorrente de um mesmo evento.

6.2 Serão consideradas como mesmo evento, as patologias reincidentes e suas consequências e/ou aquelas consideradas agravos clínicos da doença primária, salvo Disposições Contratuais em contrário.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1 Esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados, simultaneamente com o início de vigência da apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas no item 15 das Condições Gerais, a cobertura do risco cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura ;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o falecimento do Segurado.

9. PRÊMIO

9.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Disposições Contratuais em contrário.

11. DIAGNÓSTICO DA DOENÇA

Diagnosticada uma doença que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

11.1 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Laudo médico com o diagnóstico da neoplasia maligna;
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios da doença), incluindo laudos e resultados de exames.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT)

1. OBJETIVO

Garantir uma indenização ao Segurado, referente ao pagamento de diárias por incapacidade temporária, por motivo oriundo, de doença ou acidente pessoal, caso o segurado fique totalmente impossibilitado de forma contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, sendo certo que a garantia respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 É o valor máximo para a garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido nas Condições Contratuais.

2.2 A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período de efetivo afastamento limitado ao período indenitário contratado.

2.3 O valor do Capital Segurado contratado para a garantia de diária de incapacidade será devido a partir do primeiro dias após o período de franquia do seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cláusula Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária:

- 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 consequente;
- b) Acidentes ou lesões 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 para obesidade em suas várias modalidades;
- 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;
 - procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;
- h) Síndrome do pânico;
- i) Estresse;
- 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, reumatoide e osteoartrose;
- m) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- n) Laser terapia, 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) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- 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) 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 Continuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.
- s) Envenenamento de caráter coletivo.

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

4.

5. CARÊNCIA

Haverá carência de 15 (quinze) dias, a contar da data de inclusão do segurado na apólice, onde qualquer evento não estará coberto, exceto para os casos decorrentes de acidente.

6. FRANQUIA

5.1 Será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, ou conforme determinado nas Condições Contratuais, se inferior, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento.

5.2 Os pagamentos de Diárias por Incapacidade Temporária serão devidos a partir do primeiro dia após o término do prazo acordado como franquia, e ficam limitados por evento, até o prazo máximo determinado nas Condições Contratuais.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1 O limite de diárias constará das Condições Contratuais, podendo ser de até, no máximo, 180 (cento e oitenta) diárias ininterruptas por evento.

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

6.3 Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

7.1 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário de Aviso de Sinistro para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento – DIT (formulário fornecido pela Capemisa) Anotação do afastamento no campo próprio da Carteira de Trabalho (cópia autenticada);
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de incapacidade;
- Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou Certidão de Ocorrência Policial, cópia;
- Radiografias se houver;
- CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- Fotocópia do comprovante de residência do segurado;
- Fotocópia do comprovante bancário do segurado.
- Exames e laudos médicos (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da Diária por Incapacidades 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 o afastamento.

8.2 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 RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, EM CASO DE ACIDENTE (DIT - ACID)

1. OBJETIVO

Garantir uma indenização ao Segurado, referente ao pagamento de diárias por incapacidade temporária, por motivo oriundo, exclusivamente, de acidente pessoal, caso o segurado fique totalmente impossibilitado de forma contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, sendo certo que a garantia respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 É o valor máximo para a garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido nas Condições Contratuais.

2.2 A indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada durante o período de efetivo afastamento, limitado ao período indenitário contratado.

2.3 O valor do Capital Segurado contratado para a garantia de diária de incapacidade será devido a partir do primeiro dias após o período de franquia do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

Acidentes Pessoais que tornem o segurado incapaz de exercer sua profissão ou ocupação.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cláusula Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária, em Casos de Acidente:

- 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) Acidentes ou lesões 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) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;**
- d) Envenenamento de caráter coletivo.**

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

5. FRANQUIA

Será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, ou conforme determinado nas Condições Contratuais, se inferior, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento. Os pagamentos de Diárias por Incapacidade Temporária serão devidos a partir do primeiro dia após

o término do prazo acordado como franquias, e ficam limitados por evento, até o prazo máximo determinado nas Condições Contratuais.

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1 O limite de diárias constará das Condições Contratuais, podendo ser de até, no máximo, 180 (cento e oitenta) diárias ininterruptas por evento.

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

6.3 Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", constando data, hora, local e causa do acidente, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

7.1 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário de Aviso de Sinistro para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento – DIT (formulário fornecido pela Capemisa);
- Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de incapacidade;
- Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou Certidão de Ocorrência Policial, cópia;
- Radiografias, se houver;
- CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- Fotocópia do comprovante de residência do segurado;
- Fotocópia do comprovante bancário do segurado;
- Fotocópia do RG ou Certidão de Nascimento;
- Fotocópia do CPF do segurado;

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da Diária por 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 o afastamento.

8.2 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. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. OBJETIVO

Permitir a inclusão na Apólice dos cônjuges de todos os Segurados Principais, observadas as Condições Contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Os cônjuges poderão ser garantidos pela Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa, e pelas Garantias adicionais de Morte por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Garantia Básica de Morte, Doenças Graves, Doenças Graves Ampliadas, Despesas Diversas, Reembolso de Despesas com Funeral, Auxílio Funeral e Assistência Funeral.

2.1 Os Capitais Segurados, das Garantias em que os cônjuges serão incluídos, serão limitados a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual. Os percentuais serão definidos nas Condições Contratuais.

3. REGULAÇÃO DO SINISTRO

A documentação respeitará o disposto nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

4. FORMAS DE INCLUSÃO

- **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.
- **FACULTATIVA:** o cônjuge somente será incluído no Seguro por manifestação expressa do Segurado Principal e concomitantemente com ele, mediante preenchimento da proposta individual de adesão e da declaração de saúde do cônjuge. Os prêmios correspondentes ao Seguro do cônjuge serão pagos pelo respectivo Segurado Principal.

4.1 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.

5. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário do Seguro do cônjuge no caso de sua morte será sempre o Segurado Principal e nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação da Cobertura Básica de Morte, de Doenças Graves e Doenças Graves Ampliadas será o próprio cônjuge.

5.1 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do seu cônjuge ou companheiro(a), os Capitais Segurados referentes às garantias contratadas, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO DO CÔNJUGE

O Seguro do cônjuge será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da Apólice e desta cláusula:

- 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.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. OBJETIVO

Permitir a inclusão na Apólice de todos os filhos e enteados menores de 21 anos, naturais ou adotados, dependentes do Segurado Principal e/ou do Segurado Dependente pela Condição Especial de Inclusão de Cônjuge. A Cobertura 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.

1.1 Ficam também incluídos nesta cláusula:

a) Filho inválido, de qualquer idade, considerado dependente do Segurado Principal pela legislação do Imposto de Renda e da Previdência Social.

1.1.1 Para efeito do presente artigo equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.

1.2 Nas hipóteses do subitem 1.1 anterior é garantido apenas o reembolso das despesas ocorridas com o funeral, respeitando-se o limite de capital fixado nesta Garantia.

2. RISCOS COBERTOS

Os filhos poderão ser cobertos pela Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa ou pelas Garantias Adicionais de Reembolso de Despesas com Funeral, de Assistência Funeral, de Auxílio Funeral e de Despesas Diversas. O pagamento do Capital destinado a esta Garantia será realizado sob a forma única, até o limite máximo de garantia da Apólice, o que estará ratificado no respectivo Contrato.

2.1 Para os menores de 14 anos o Seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2.2 O limite máximo de garantia da Apólice para esta Garantia será definido em aditivo à Apólice e não poderá exceder o Capital Segurado para o Segurado Principal.

3. REGULAÇÃO DO SINISTRO

A documentação será a mesma definida nas Condições Especiais das garantias contratadas.

4. FORMAS DE INCLUSÃO

a) **AUTOMÁTICA:** quando abranger os filhos de todos os Segurados Principais e/ou dos Cônjuges Segurados;
b) **FACULTATIVA:** quando abranger os filhos dos Segurados Principais e/ou dos Cônjuges Segurados que assim o autorizarem.

4.1 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.

4.2 O Capital Segurado dos filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado principal, observando-se o critério para fixação do capital para esta garantia, que será estabelecido no Contrato da Apólice.

5. CANCELAMENTO DO SEGURO DO FILHO

O Seguro do filho será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da Apólice:

- a) quando for cancelada a Condição Especial de Inclusão de Filhos;
- b) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por quaisquer das garantias contratadas;
- c) no caso de cessação da condição de dependente, como previsto no Regulamento do Imposto de Renda;
- d) 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
- e) a pedido do Segurado Principal.

6. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cláusula será sempre o Segurado Principal.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DE DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEDENTES TÉCNICOS DA APÓLICE

2. OBJETIVO

Conceder ao Estipulante da Apólice e/ou aos Segurados, uma participação nos Excedentes Técnicos, se houver, nos termos das condições definidas a seguir, desde que tenha sido verificada uma média mensal mínima de Segurados Principais, **a ser definida no Contrato**, durante o período de apuração.

3. APURAÇÃO DOS EXCEDENTES

2.1 Excedente Técnico é o eventual saldo positivo dos resultados técnicos, e será apurado, no mínimo, pela diferença entre as receitas e as despesas da Apólice, conforme disposto nos itens 4 e 5.

2.2 **Será destinado aos segurados um percentual do excedente técnico apurado, estabelecido no contrato e observado o disposto no subitem 3.2 posterior.**

4. DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO CUSTEIO

3.1 A distribuição dos excedentes técnicos será realizada após o término da vigência anual da Apólice, desde que a mesma seja renovada nesta Seguradora, e depois de pagas todas as faturas de prêmio do período em apuração e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, **sendo vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos, e observado o disposto na legislação vigente.**

3.2 Nos Seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo Segurado, na forma estabelecida no Contrato da Apólice.

3.2.1 Para os casos previstos no item anterior, deverá ser incluído, no certificado individual, informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

3.2.2 O percentual ou percentuais de reversão de excedente técnico deverá constar na proposta individual de adesão e no Contrato.

5. RECEITAS

Consideram-se como receitas para fins de apuração do resultado técnico:

- a) os prêmios líquidos, de competência correspondente ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos;
- b) o estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) estorno da reserva de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR – INCURRED BUT NOT REPORTED), do período de vigência anual anterior;
- d) recuperação de sinistro de resseguro, até o limite dos prêmios cedidos, considerados na alínea “g” do item 5 posterior.

6. DESPESAS

Consideram-se como despesas para fins de apuração do resultado técnico:

- e) as comissões de corretagem, de administração (pró-labore) e de agenciamento pagas durante o período;
- f) o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, pagos ou avisados, e ainda não considerados até o fim do período em apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- g) os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- h) as despesas gerais de administração da Seguradora, calculados em uma percentagem dos prêmios recebidos no período de apuração, bem como eventuais despesas extraordinárias com a Apólice; e
- i) reserva de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR – INCURRED BUT NOT REPORTED);

- j) impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros conforme legislação vigente;
- k) prêmios de Resseguro cedidos.

7. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) o respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b) o aviso à Seguradora para os sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) a data de recebimento do prêmio, para as despesas gerais da Seguradora.

6.1. A apuração do excedente técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico.

8. REPASSE DOS EXCEDENTES TÉCNICOS

A devolução dos excedentes técnicos será feita ao Estipulante do Seguro, independentemente do tipo de custeio, ressalvado o disposto no item 7.1 posterior.

7.1 Nos Seguros total ou parcialmente contributários, hipótese prevista no item 3 anterior, é de inteira responsabilidade do Estipulante efetuar o repasse do excedente técnico aos Segurados, na proporção de contribuição de cada um.

9. RATIFICAÇÃO

Os percentuais de participação do Estipulante nos excedentes técnicos a serem distribuídos, conforme item 7.1 anterior, das despesas gerais de administração, mencionado na alínea “d” do item 5, e da quota referente ao Estipulante e/ou Segurados, quando o Seguro for parcial ou totalmente contributário, nos termos do item 3 anterior, serão definidos em aditivo à Apólice ou no Contrato.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

Do excedente apurado, uma parte será destinada à Apólice, nos termos do item 3 anterior.