



SEGURO ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

CONDIÇÕES GERAIS

Processo SUSEP nº. 15414.001215/2008-19

ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. DEFINIÇÕES	3
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	9
9. VIGÊNCIA DA APÓLICE, DA COBERTURA INDIVIDUAL E RENOVAÇÃO DO SEGURO	10
10. CAPITAL SEGURADO	10
11. PAGAMENTO DO PRÊMIO	11
12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	12
13. PRAZO DE TOLERÂNCIA	12
14. PERDA DE DIREITO	12
15. CANCELAMENTO DA APÓLICE	13
16. OBRIGAÇÕES	13
17. REGULAÇÃO DE SINISTOS	14
18. BENEFICIÁRIOS	16
19. REGIME FINANCEIRO	16
20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	16
21. SUB-ROGAÇÃO	16
22. RATIFICAÇÃO	16
23. FORO	17
24. DISPOSIÇÕES GERAIS	17
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL	18
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	20
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	24
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS	26
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO	28
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL	30
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL	32
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	33
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL	35
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ TOTAL OU PARCIAL	37
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE	39
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE PAIS	40
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	42
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR	44
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTES DE DOENÇAS GRAVES	46
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI	49
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	51
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE	54
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHO	56
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE PASSAGEIRO	58
CONDIÇÃO ESPECIAL DE DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEDENTES TÉCNICOS DA APÓLICE	60

1 OBJETIVO DO SEGURO

Garantir o pagamento de uma indenização, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **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 à morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial 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 neste 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: 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 Âmbito Geográfico da Cobertura

É a delimitação física da garantia abrangida pelo Segurado.

2.3 Acidente Vascular Cerebral (AVC)

É qualquer acidente cérebro-vascular com sequelas neurológicas e com uma duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia proveniente de uma fonte extracranial.

2.4 Âmbito Geográfico de Cobertura

É a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Segurado.

2.5 Apólice de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da Garantia solicitada pelo Estipulante.

2.6 Aviso de Sinistro

É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

2.7 Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica designada a receber os valores dos Capitais Segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.8 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 do significado dos compromissos assumidos.

2.9 Cancelamento

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

2.10 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 Contratuais.

2.11 Carência

É o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à garantia contratual, sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

2.12 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 de Capital Segurado ou do Prêmio.

2.13 Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Ponte de Safena)

É a intervenção cirúrgica, a céu aberto, para a recuperação de uma ou mais artérias coronárias, as quais se encontram parcial ou totalmente bloqueadas, introduzindo-se um "bypass" artério-coronário.

2.14 Coberturas do 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.

2.15 Condições Contratuais

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

2.16 Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

2.17 Condições Especiais

São disposições anexadas à Apólice e que modificam as Condições Gerais, ampliando ou restringindo as suas disposições.

2.18 Consignante

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

2.19 Contrato do Seguro

Disposição introduzida na Apólice com a finalidade de destacar, enfatizar, especificar e ratificar determinados aspectos da Garantia, enfocados de forma particular.

2.20 Corretor de Seguros

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

2.21 Declaração Pessoal de Saúde e Atividades

É o questionário integrante da Proposta de Adesão, que deverá ser respondido pelo Proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado.

2.22 Diária Segurada

É a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para a garantia.

2.23 Doença

É a perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que torne necessário a sua internação hospitalar, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.

2.24 Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes

São as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênicas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha

conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Proposta de Adesão.

2.25 Estipulante

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

2.26 Evento Coberto

É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma Apólice de Seguro.

2.27 Excedente Técnico

É o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

2.28 Franquia

O período contado a partir do início do afastamento do segurado, em que ele não tem direito a receber indenização. É fixado na Apólice e nas Condições Contratuais do segurado.

2.29 Grupo Segurado

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

2.30 Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice Coletiva.

2.31 Hospital/Clínica

É o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia.

2.32 Incapacidade Temporária

É a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou atividade laborativa principal, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

2.33 Indenização

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

2.34 Início de Vigência

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

2.35 Internação Hospitalar

Caracteriza-se como o período de tempo mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobertura pelo hospital/clínica de uma Diária Hospitalar. Em caso de hospitais gratuitos, deverá ser apresentada a documentação que comprove a internação hospitalar.

2.36 Regulação de Sinistro

É o processo que avalia o pagamento de indenização ao Segurado.

2.37 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parente consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.38 Migração de Apólices

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

2.39 Neoplasia Maligna "IN SITU"

É o tumor maligno que se restringe ao epitélio onde se originou, não invadindo o estroma e conseqüentemente os tecidos adjacentes. É o tumor maligno diagnosticado em fase inicial, pré-invasivo, com bom prognóstico se removido totalmente.

2.40 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.

2.41 Parâmetros Técnicos

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

2.42 Período de Cobertura

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

2.43 Período Indenitário

O período fixado na Apólice e nas Condições Contratuais, durante o qual o segurado fará jus ao recebimento da renda diária contratada.

2.44 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 terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados.

2.45 Prêmio

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

2.46 Proponente

É o interessado em contratar a(s) Garantia (s), ou aderir ao Contrato.

2.47 Proposta de Adesão Individual

É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.48 Proposta de Contratação

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

2.49 Reintegração de Capital

Restabelecimento da importância segurada, após o sinistro e o pagamento da Indenização pelo evento coberto.

2.50 Regime Financeiro de Repartição Simples

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.

2.51 Renda Mensal Temporária

É o valor contratado que, limitado ao comprovado rendimento mensal auferido pelo Segurado na data do evento, será pago ao mesmo em caso de sinistro..

2.52 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.

2.53 Risco

É o evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o Seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver Contrato de Seguro.

2.54 Riscos Excluídos

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

2.55 Segurado

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

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

2.56 Seguradora

Empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo Contrato de Seguro.

2.57 Sinistro

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

2.58 Vigência do Seguro

Período de tempo em que a Cobertura de Risco será garantida pela Seguradora.

2.59 Vigência da Cobertura Individual

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

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 abrangidas por este seguro estão definidas nas respectivas Condições Especiais e sendo estabelecidas nas Condições Contratuais em conformidade com o Estipulante e Segurado.

3.3 As Garantias deste Seguro dividem-se em básicas, adicionais e suplementares. Desde que contratadas, as Garantias oferecidas por este seguro são:

3.3.1. A Garantia Básica :

➤ Morte Acidental (MA).

3.3.2. As Garantias Adicionais :

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI);
- Reembolso de Despesas com Funeral (RDF), em caso de Morte Acidental;
- Auxílio Funeral (AUXF), em caso de Morte Acidental;
- Despesas Diversas (GDD-MA), em caso de Morte Acidental;
- Despesas Diversas (GDD-IPA), em caso de Invalidez Acidental;
- Despesas Diversas (GDD-ACID), em caso de Acidente;
- Assistência Funeral (GASSF), em caso de Morte Acidental;
- Diária por Incapacidade Temporária, em caso de acidente (DIT-ACID).
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- Diária por Internação Hospitalar (DIH);
- Diária por Internação Hospitalar em UTI (DIHUTI)
- Diária por Internação Hospitalar por Doenças Graves (DIHDG)
- Renda por Incapacidade Temporária (RIT)

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

3.4 As Garantias Suplementares :

- Inclusão de Cônjuge (IC) – de forma automática ou facultativa;
- Inclusão de Filho (IF) – de forma automática ou facultativa;
- Inclusão de Pais (IP)– de forma automática.
- Inclusão Automática de Passageiro (IAP)

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

4 RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as Garantias 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 de Adesão Individual, 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 de Adesão Individual.

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 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) epidemias declaradas por órgão competente, gripe aviária, envenenamento, exceto por absorção de substância tóxica e escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo;

i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

j) 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;

k) 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;

l) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;

m) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa, nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro;

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

o) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

p) perda de dentes e danos estéticos;

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

r) sequestro ou tentativa de sequestro;

s) participação em disputas ou duelos.

5 ÂMBITO GEOGRAFICO DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6 CARÊNCIAS

6.1. Para todas as garantias do Seguro de Acidentes Pessoais não haverá carência, exceto em caso de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

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

6.3. No caso de migração de Apólices, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para Segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior.

7 GRUPO SEGURÁVEL

7.1. 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 de Adesão Individual, com a Declaração Pessoal de Saúde, quando exigida, o que será ratificado no Contrato da Apólice.

7.2. O vínculo de que trata o subitem anterior deverá estar de forma clara e definido no Contrato da Apólice.

7.3. Fica estabelecido que a aceitação de aposentados só será permitida em 2 (dois) momentos:

- a) 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 7.1; ou
- b) quando de sua efetiva aposentadoria, que implicará em sua manutenção na Apólice, sem interrupção de vigência individual.

7.4. O plano coletivo estará disponível a todos os componentes do grupo que atendam as condições previstas no Contrato da Apólice, para ingresso no grupo Segurado.

7.5. No caso de recepção de grupo de Segurados, originada em processo de Migração de Apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja Garantia esteja em vigor, inclusive aqueles que estiverem afastados do serviço ativo, por acidente ou doença. Para fins do presente, a "Migração de Apólices", tem seu conceito definido no glossário.

8 ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1 A aceitação do Seguro estará sujeita a análise do risco pela Seguradora.

8.2 A contratação do Seguro somente será feita mediante Proposta de Adesão Individual assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de Seguros habilitado, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete, e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

8.3 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 e não tenha ocorrido manifestação por parte da Seguradora, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

8.3.1 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.

8.4 Ficará a critério da Seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de Seguros, sobre a aceitação da proposta, devendo, no entanto, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, ao Corretor/Estipulante, no caso de sua não aceitação, justificando a recusa.

8.5 Em caso de recusa do risco onde tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. 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.

8.6 Para formalizar a aceitação do Seguro, a Seguradora deverá emitir Apólice contendo as particularidades do Seguro e enviar uma via para o Estipulante, bem como fornecer, para cada Segurado incluído no seguro, um Certificado Individual, em até 15 (quinze) dias a contar da data da aceitação da proposta. Cada Segurado receberá também um Certificado Individual em cada uma das renovações subsequentes. Constará no respectivo Certificado Individual: data do início e término de vigência do risco individual, cobertura e respectivo capital segurado e o prêmio correspondente, bem como, nos seguros onde haja distribuição de excedentes técnicos aos segurados, informação de que o segurado tem direito ao excedente técnico.

9 VIGÊNCIA DA APÓLICE, DA COBERTURA INDIVIDUAL E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 9.1 A vigência da apólice será de até 5 (cinco) anos, sendo definida nas Condições Contratuais.
- 9.2 As Apólices e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 9.3 Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.
- 9.4 Nos Contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de Prêmio, o início de vigência da cobertura individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará nas Condições Contratuais.
- 9.5 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 da cobertura individual a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.
- 9.6 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.
- 9.7 As Apólices poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice, comunicar o desinteresse pela Renovação.
- 9.8 A renovação que não implicar em alteração da Apólice com 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.
- 9.9 A renovação que implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do Grupo Segurado.

10 CAPITAL SEGURADO

- 10.1 Entende-se como Capital Segurado, o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.
- 10.2 Considera-se como data do evento, ou data de exigibilidade, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da regulação dos sinistros:
- para as garantias de Acidentes Pessoais, a data do acidente;
 - para as garantias de risco nos Seguros de Pessoas, a data da ocorrência do evento, ressalvado o disposto na alínea a;
 - para as garantias de risco nos Seguros de Pessoas, cuja indenização corresponda ao reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo Segurado;
 - para a garantia de Diária por Incapacidade Temporária, considera-se data do evento, a data do laudo médico atestando a incapacidade total, e desde que, esta seja temporária.
 - 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.
- 10.3 Nos planos coletivos, 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 nas Condições Contratuais, tais como:
- capital de livre escolha definido na tabela a constar da Proposta de Adesão Individual;
 - múltiplo salarial,
 - capital único ou fixo,
 - escalonado por idade,
 - escalonado por faixa salarial, ou

f) escalonado por categoria funcional.

10.4 A aceitação, pela Sociedade Seguradora, de estabelecimento de Capital Segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

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

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

10.7 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.

11 PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

11.2 O tipo de custeio do prêmio deste Seguro, item expressamente ratificado nas Condições Contratuais, classifica-se em:

a) contributário: onde os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;

b) não contributário: onde o Estipulante custeia o prêmio totalmente;

c) parcialmente contributário: onde os Segurados e o Estipulante participam do custeio do Seguro, assumindo percentuais livremente pactuados entre as partes.

11.3 O prêmio poderá ser pago de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou única, conforme opção feita pelo Estipulante, o que constará da Proposta de Contratação e da Apólice.

11.4 Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

11.5 **O plano prevê atualização monetária e juros por atraso no pagamento do prêmio.**

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

11.5.2 Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao mês para cada mês de atraso.

11.6 A Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos.

11.7 A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem anterior diretamente ao Segurado ou ao seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

12 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

12.1 O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do Contrato é o **IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas**.

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

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

12.3 Para as Apólices com vigência anual ou plurianual, os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da Apólice, durante a vigência do seguro, pelo IPC/FGV 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.

12.3.1 Para as Apólices com vigência inferior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, não haverá atualização monetária para o Capital Segurado nem para o prêmio.

12.3 Nas apólices de seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, definido nas Condições Contratuais, estes serão recalculados conforme a variação dos salários informados pelo Estipulante à Seguradora

13 PRAZO DE TOLERÂNCIA

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

13.4 Caso o 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 e 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 à diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

15 CANCELAMENTO DA APÓLICE

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

15.2 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.

15.3 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 OBRIGAÇÕES

16.1 São 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 regulação de sinistros;
- h) comunicar, de imediato, a SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;
- i) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- j) informar quando houver interesse na alteração de Capital.

16.1.1 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.

16.1.2 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.

16.1.3 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.

16.1.4 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.

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

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

16.1.7 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.

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

16.2 São 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.

17 REGULAÇÃO DE SINISTROS

17.1 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.

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

17.3 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.

17.4 Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a regulação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no subitem 17.3 implicará sobre o valor do Capital Segurado:

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

17.4.2 Atualização Monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice determinado no item 12, 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.

17.5 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 17.4 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

17.6 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.

17.6.1 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.

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

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

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

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

17.10 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.

17.11 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 a 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.

18 BENEFICIÁRIOS

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

18.2 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 legislação aplicável à herança.

18.3 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.

19 REGIME FINANCEIRO

Considerando 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.

20 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.

21 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.

22 RATIFICAÇÃO

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

23 FORO

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

23.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 23.1.

24 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

24.3 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 ACIDENTAL

1 OBJETIVO

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

2 CAPITAL SEGURADO

Será o valor máximo contratado para este seguro, e será definido nas Condições Contratuais.

3 RISCOS COBERTOS

Além dos riscos definidos 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 EXCLUIDOS

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

- a) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b) 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.
- c) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- d) 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;
- e) acidente vascular cerebral.

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);
- 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);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia da Proposta de Adesão Individual

6 COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

6.1 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.

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

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

6.4 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 Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Parcial 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 por Morte.

8 RATIFICAÇÃO

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

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

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, desde que contratada pelo segurado.

2 CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

- a) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- b) 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;
- c) 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

5.1 No caso da ocorrência do evento coberto, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, 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

PARCIAL MEMBROS INFERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
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	
i. de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
ii. de 4 (quatro) centímetros	10
iii. de 3 (três) centímetros	6
iv. menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

5.2 No caso em que as funções do membro ou órgão lesado não fiquem completamente abolidas, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de 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.

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

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

5.5 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 e Morte por Acidente 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 esta Garantia.

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 os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente com reconhecimento de firma, carimbo com o CRM do médico, seu endereço e CNPJ;
- 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

8.1 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.

8.2 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.

8.3 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.

8.4 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.

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

8.6 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.

8.7 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

9.1 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.

9.2 A junta médica 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.

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

10 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 POR ACIDENTE

1 OBJETIVO

Garantir uma indenização ao Segurado Principal, relativa à impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, desde que contratada pelo segurado. No caso de perda parcial, com redução das funções do membro ou órgão lesado, não caberá pagamento de indenização.

2 CAPITAL SEGURADO

Será o valor máximo contratado para este seguro, e será definido nas Condições Contratuais.

3 RISCOS COBERTOS

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

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

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

4 RISCOS EXCLUIDOS

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

- d) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- e) 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;
- f) 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 ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte por Acidente não se acumulam.

6 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

6.1. 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.

6.2. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente com reconhecimento de firma, carimbo com o CRM do médico, seu endereço e CNPJ;
- 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;

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

6.4. 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 COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

7.1. 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.

7.2. 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.

7.3. 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.

7.4. 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.

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

7.6. 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.

7.7. 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.

8 JUNTA MÉDICA

8.1. 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.

8.2. 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.

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

9 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 DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES e ODONTOLÓGICAS

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, desde que contratada pelo segurado.

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 Acidental.

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 Acidental.

3 RISCOS COBERTOS

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

4 RISCOS EXCLUIDOS

4.1 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 e enfermagem de caráter particular;
- d) 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;
- e) 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;
- f) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
- g) tratamentos relacionados a doenças;
- h) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- i) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- j) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- k) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- l) 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 consequentes;
- m) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- n) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

- o) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;
- p) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- q) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

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

6.1 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).
- Relação de Empregados anexa à GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) vigente do mês anterior à data do Evento, quando o Segurado pertencer ao subgrupo de empregados; e
- Contrato Social, Declaração de Firma Mercantil ou alteração contratual vigente do mês anterior à data do Evento, quando o Segurado pertencer ao subgrupo de sócios.

6.2 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 à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuado, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta 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 PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1 OBJETIVO

Garantir uma indenização ao Segurado Principal, em caso de desemprego involuntário, 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, desde que contratada pelo segurado.

2 CAPITAL SEGURADO

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

2.2 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 COBERTOS

A cobertura para esta garantia será o desemprego involuntário, conforme definido no item 1 destas condições.

4 RISCOS EXCLUIDOS

4.1 Da Garantia Adicional de Perda de Renda por Desemprego Involuntário, 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.

5 CARÊNCIAS

Para a Garantia Adicional de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI), haverá uma carência de no mínimo 30 (trinta) dias, a contar da data de inclusão do Segurado na apólice.

6 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

6.1 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.

6.1.1 A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação 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);

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 REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL

1 OBJETIVO

Garante o reembolso, ao(s) custeador(es) da(s) nota(s) original(is) das despesas efetivamente gastas com o funeral em caso de morte acidental do Segurado, até o limite do capital segurado contratado, desde que contratada pelo segurado.

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 Acidental.

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

3 REEMBOLSO

3.1 Em caso de falecimento do Segurado, o pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora.

3.2 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.

3.3 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.

3.4 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 EXCLUIDOS

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

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

5.2 Não poderão ser contratadas em conjunto as Garantias Reembolso de Despesas com Funeral, Assistência Funeral e Auxílio Funeral.

6 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

6.1 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.

6.2 A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação os 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;
- Cópia da Proposta de Adesão Individual.

7 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 AUXÍLIO FUNERAL

1 OBJETIVO

Garantir uma indenização ao(s) Beneficiário(s), a título de Auxílio Funeral, na ocorrência da morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto, conforme definido no subitem 2.1 das Condições Gerais, desde que contratada pelo segurado.

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 Acidental.

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

3 DISPOSIÇÃO GERAL

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

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

4 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

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);

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 ASSISTÊNCIA FUNERAL

1 OBJETIVO

1.1 Garante a realização dos serviços de assistência funeral, ou do reembolso, ao(s) custeador(es) da(s) nota(s) original(is) das despesas efetivamente gastas com o funeral em caso de morte acidental do segurado, até o limite do capital segurado contratado, desde que contratada pelo segurado.

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

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

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

a) **no Plano Individual:** Segurados principais; e

b) **no Plano Familiar:** 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 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 Acidental.

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

3 RISCOS EXCLUIDOS

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

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

4 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

4.1 **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,

4.1.1 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.

4.2 **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.

4.2.1 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.

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

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

4.3 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.

5 DISPOSIÇÃO GERAL

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

5.2 Não poderão ser contratadas em conjunto as Garantias de Reembolso de Despesas com Funeral, Assistência Funeral e Auxílio Funeral.

6 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 POR MORTE ACIDENTAL

1 OBJETIVO

Garantir uma indenização ao(s) beneficiários, na ocorrência da morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto, a fim de custear despesas diversas como por exemplo, alimentação, educação, inventário, dentre outras, desde que contratada pelo segurado.

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 Acidental.

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

3 RISCOS EXCLUIDOS

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

- a) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b) 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.
- c) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- d) 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;
- e) acidente vascular cerebral.

4 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

4.1 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.

4.1.1 A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação 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 de Adesão Individual.
- 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).

5 COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

5.1 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.

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

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

5.4 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.

6 ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte por Acidente e por Invalidez Permanente Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Parcial 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 por Morte.

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 DESPESAS DIVERSAS POR INVALIDEZ TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Garantir uma indenização ao Segurado, na ocorrência da invalidez total ou parcial em consequência de acidente pessoal coberto, a fim de custear despesas diversas como por exemplo, alimentação, educação, dentre outras.

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- b) 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;
- c) 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.

4. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

4.2 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.

4.2.1 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;
- 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 Emprego (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia da Proposta de Contratação;
- 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).

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Morte por Acidente 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 esta Garantia.

6. RATIFICAÇÕES

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 DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Garantir uma indenização ao Segurado, em consequência de acidente pessoal coberto, a fim de custear despesas diversas como por exemplo, alimentação, educação, dentre outras.

2. CAPITAL SEGURADO

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se riscos excluídos, os mesmos descritos no subitem 4.1 das Condições Gerais.

4. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

4.3 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.

4.3.1 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;
- 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 de Contratação.
- 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).

5. RATIFICAÇÕES

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 PAIS

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento de uma indenização limitada a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual relativo à Garantia de Morte Acidental do Segurado Principal, em consequência de acidente pessoal coberto ocorrido com os pais do Segurado Principal.

2. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Desde que contratada pelo segurado principal, os pais do segurado principal poderão ter as seguintes garantias que estarão definidas nas Condições Contratuais:
- a) Básica: Morte Acidental
 - b) Adicionais: Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Reembolso de Despesas com Funeral, Assistência Funeral, Despesas Diversas ou Auxílio Funeral.
- 1.2. O Capital Segurado das garantias dos pais será limitado a:
- a) 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual para a Garantia Básica de Morte Acidental,
 - b) 100% (cem por cento) para as Garantias Adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Reembolso de Despesas com Funeral, de Assistência Funeral, de Despesas Diversas ou de Auxílio Funeral.
- 1.3. Os percentuais serão definidos nas Condições Contratuais.

3. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

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

4. CARÊNCIA

Para todas as Cláusulas de Garantias do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua adesão ao Seguro.

5. FORMAS DE INCLUSÃO

5.1 **AUTOMÁTICA:** nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na Apólice os pais de todos os Segurados Principais, exceto aqueles que já fizeram parte do Grupo Segurado Principal. Neste caso, os prêmios correspondentes aos pais serão pagos por todos os componentes do Grupo Segurado.

5.1.2 Não participam desta cláusula os pais que façam parte do Grupo Segurado Principal.

6. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário do Seguro dos pais será sempre o Segurado Principal.

6.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e Dependente, os Capitais Segurados referentes às Garantias dos Segurados, Principal e Dependente, deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO DOS PAIS

O Seguro dos pais 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;

8. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

8.1 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.

8.2 A documentação necessária para o "Aviso de Sinistro" será a mesma descrita anteriormente nas respectivas Condições Especiais para cada uma das Garantias contratadas.

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 DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

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 diária será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação do seguro, para as 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 degenerantes dela consequentes;

b) acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência 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) envenenamentos de caráter coletivo;

d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro.

3.2 Fica ainda expressamente 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 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

4.1 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.

4.1.1 A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação 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 RG ou Certidão de Nascimento;
- Fotocópia do CPF do segurado;
- Fotocópia do comprovante de residência do segurado;

- Fotocópia do comprovante bancário do segurado.

5 FRANQUIA

5.1 A 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 outro evento subsequente.

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 pra os próximos eventos.

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

7 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 INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 OBJETIVO

A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas Condições Contratuais.

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 Considera-se como capital máximo segurado a quantidade de diárias contratadas multiplicada pelo valor da diária contratada;

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

2.4 O valor do Capital Segurado contratado, para a garantia de diária de incapacidade por internação hospitalar, será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, e constará do Certificado Individual do Segurado.

3 RISCOS EXCLUIDOS

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

a) de doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão;

b) de tratamento e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

3.2 Estão expressamente excluídas, mesmo que resultante de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

a) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências;

b) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

c) tratamento de hérnias de quaisquer natureza e suas consequências;

d) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;

e) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);

f) Acidente Vascular Cerebral (AVC), Cirurgia Coronariana, Doença de Parkinson Grave, Insuficiência Hepática Crônica, Insuficiência Renal Crônica, Lupus em estado crônico, Neoplasia (Câncer) e Transplante de Órgãos Vitais;

g) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e a hepatite crônica;

h) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;

i) 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;

j) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;

k) tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;

l) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

m) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;

n) tratamento decorrente de acidentes, lesões doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;

o) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

- p) tratamentos que envolvam a homeopatia, acupuntura e tratamentos naturalistas;
- q) internação domiciliar;
- r) procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório; e
- s) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.
- t) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- u) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

4 CARÊNCIA

Para a Garantia Adicional de Diária por Internação Hospitalar, haverá uma carência de no mínimo 90 (noventa) dias, a contar da data de inclusão do Segurado na apólice.

5.1.1 As internações hospitalares verificadas durante o período de carência não serão cobertas.

5 FRANQUIA

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

6 LIMITE DE DIÁRIAS

O limite de diárias constará das condições contratuais.

7 OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Ocorrendo um sinistro 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.

7.2. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação os seguintes documentos:

- a) Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de internação;
- b) exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- c) cópia do comprovante de Residência do Segurado.
- d) Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou Certidão de Ocorrência Policial, cópia;
- e) Radiografias, se houver;
- f) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- g) Fotocópia do RG ou Certidão de Nascimento; e
- h) Fotocópia do CPF do segurado;

8 RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE DOENÇAS GRAVES

1 OBJETIVO

A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas Condições Contratuais.

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 Considera-se como capital máximo segurado a quantidade de diárias contratadas multiplicada pelo valor da diária contratada;

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

2.4 O valor do Capital Segurado contratado, para a garantia de diária de incapacidade por internação hospitalar decorrente de doenças graves, será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, e constará do Certificado Individual do Segurado.

3 RISCOS COBERTOS

3.1 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 RISCOS EXCLUIDOS

4.1. 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;
 - f) de doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão;
 - g) de tratamento e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- 4.2. Estão expressamente excluídas, mesmo que resultante de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:**
- a) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências;
 - b) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
 - c) tratamento de hérnias de quaisquer natureza e suas consequências;
 - d) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;
 - e) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
 - f) Doença de Parkinson Grave, Insuficiência Renal Crônica, Lupus em estado crônico;
 - g) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e a hepatite crônica;
 - h) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
 - i) 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;
 - j) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
 - k) tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
 - l) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
 - m) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
 - n) tratamento decorrente de acidentes, lesões doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;
 - o) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
 - p) tratamento que envolvam a homeopatia, acupuntura e tratamentos e tratamentos naturalistas;
 - q) internação domiciliar;
 - r) procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório; e
 - s) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.
 - t) luxações recidivantes de qualquer articulação;
 - u) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

5 CARÊNCIA

Para a Garantia Adicional de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Doenças Graves, haverá uma carência de no mínimo 90 (noventa) dias, a contar da data de inclusão do Segurado na apólice.

5.1 As internações hospitalares verificadas durante o período de carência não serão cobertas.

6 FRANQUIA

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

7 LIMITE DE DIÁRIAS

O limite de diárias constará das condições contratuais.

8 OCORRÊNCIA DE SINISTRO

8.1. Ocorrendo um sinistro 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.

8.2. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação os seguintes documentos:

- a) Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de internação;
- b) exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- c) cópia do comprovante de Residência do Segurado.
- d) Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou Certidão de Ocorrência Policial, cópia;
- e) Radiografias, se houver;
- f) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- g) Fotocópia do RG ou Certidão de Nascimento; e
- h) Fotocópia do CPF do segurado;

9 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.

10 RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI

1. OBJETIVO

A garantia de diária por internação hospitalar em UTI garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), em consequência de doença ou de acidente pessoal coberto, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas Condições Contratuais.

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. Considera-se como capital máximo segurado a quantidade de diárias contratadas multiplicada pelo valor da diária contratada;

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

2.4. O valor do Capital Segurado contratado, para a garantia de diária de incapacidade por internação hospitalar em UTI, será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, e constará do Certificado Individual do Segurado.

3. RISCOS EXCLUIDOS

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

c) de doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão;

d) de tratamento e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

3.2 Estão expressamente excluídas, mesmo que resultante de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

v) qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências;

w) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

x) tratamento de hérnias de quaisquer natureza e suas consequências;

y) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;

z) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);

aa) Doença de Parkinson Grave, Insuficiência Hepática Crônica, Insuficiência Renal Crônica, Lupus em estado crônico e Transplante de Órgãos Vitais;

bb) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e a hepatite crônica;

cc) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;

dd) 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;

ee) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;

ff) tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;

gg) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

hh) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;

ii) tratamento decorrente de acidentes, lesões doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;

jj) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

kk) tratamentos que envolvam a homeopatia, acupuntura e tratamentos naturalistas;

- ll) internação domiciliar;
- mm) procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório; e
- nn) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.
- oo) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- pp) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

4. CARÊNCIA

Para a Garantia de Diária por Internação Hospitalar em UTI, haverá uma carência de no mínimo 90 (noventa) dias, a contar da data de inclusão do Segurado na apólice.

4.1. As internações hospitalares verificadas durante o período de carência não serão cobertas.

4.2. A carência não será aplicada aos eventos decorrentes de acidente pessoal coberto, ocorrido a partir do início de vigência do Seguro.

5. LIMITE DE DIÁRIAS

5.1. O limite de diárias constará das condições contratuais.

5.2. Esta garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado o período de carência previsto no item 12 desta condição especial.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo um sinistro 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.

6.2. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação os seguintes documentos:

- i) Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de internação;
- j) exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- k) cópia do comprovante de Residência do Segurado.
- l) Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou Certidão de Ocorrência Policial, cópia;
- m) Radiografias, se houver;
- n) CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- o) Fotocópia do RG ou Certidão de Nascimento; e
- p) Fotocópia do CPF do segurado;

7. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. OBJETIVO

Garantir uma Renda Mensal Temporária ao Segurado que, por motivo de doença ou acidente pessoal coberto, ficar incapacitado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, excluídos os casos constantes no item 3 desta condição especial e, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.

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 de uma renda Mensal Temporária ao Segurado, durante o período de efetivo afastamento limitado ao período indenitário contratado.

2.3 O valor do Capital Segurado contratado para a garantia de renda temporária por incapacidade será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. O Seguro se destina a cobrir a invalidez de caráter agudo e temporário, ou seja, a incapacidade decorrente de uma mesma causa. Assim, estão expressamente excluídas da garantia do Seguro as incapacidades resultantes, direta ou indiretamente, de:

- a) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- b) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;
- c) doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído "burnout" e depressão, independente das suas causas;
- d) doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- e) tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;
- f) alterações físicas e mentais decorrentes de ação do álcool, de drogas e/ou intorpecentes, de uso fortuito, ocasional ou habitual;
- g) cirurgia de ceratomia (correção de miopia) e suas consequências;
- h) cirurgia plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;
- i) gravidez, parto e/ou aborto e suas consequências;
- j) fibromialgias;
- k) doença Miofascial;
- l) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- m) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
- n) todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
- o) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;
- p) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- q) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- r) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- s) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- t) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica e suas consequências;

- u) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- v) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- w) epidemias, declaradas ou não;
- x) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários a lei.

5 CARÊNCIA

- 5.1 O período de carência, quando previsto e estabelecido no Contrato de Seguro, será contado a partir de início de vigência da cobertura individual;
 - 5.2 Durante o período de carência, o Segurado não terá direito à garantia do Seguro;
 - 5.3 Não haverá carência para acidentes pessoais, desde que ocorridos durante a vigência da cobertura individual;
 - 5.4 Caso o grupo segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência par os segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior;
 - 5.5 O pagamento antecipado do(s) prêmio(s) não elimina nem reduz o prazo de carência;
-

6 FRANQUIA

- 6.1 A 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 laboral remunerada do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento das rendas para qualquer outro evento subsequente.
- 6.2 Os pagamentos da Renda 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.**
- 6.3 O Segurado não terá direito à garantia se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal por período igual ou inferior ao período de franquia.

4. LIMITE DE RENDAS

- 4.1. O limite de rendas por evento constará das Condições Contratuais.
 - 4.2. As diárias não utilizadas no evento anterior não são cumulativas pra os próximos eventos.
 - 4.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.
 - 4.4. Respeitadas as limitações contratuais, em caso de incapacidade contínua, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária durante o período de efetivo afastamento do Segurado da sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão, limitando ao período indenizável contratado e especificado na Apólice e no Certificado Individual.
 - 4.5. A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.
-

7 OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 7.1. Ocorrendo um sinistro 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.
- 7.2. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação os seguintes documentos:
 - a) formulário de Aviso de Sinistro, obrigatoriamente assinado pelo Médico Assistente e pelo Segurado ou seu preposto;
 - b) cópia do RG e CPF do Segurado;
 - c) cópia do comprovante de residência do Segurado;
 - d) cópia de todos os exames complementares realizados;

- e) relatório médico onde deve constar a data do evento, diagnóstico e tratamento realizado;
- f) documento original, comprobatório da invalidez, expedido por órgão oficial da previdência;
- g) cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de incapacidade;
- i) cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- j) formulário de comprovação de Acidente de Trabalho e/ou Acidente Pessoal, se for o caso ; Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou Certidão de Ocorrência Policial, cópia;
- k) laudo favorável ao benefício dado pelo INSS (Instituto Nacional de Seguro Social).

7.3. Sempre que o sinistro for comunicado quando se tornar impossível sua comprovação por perito médico da Seguradora, este evento não será reconhecido, perdendo o Segurado o direito à garantia.

7.1. Comprovada a incapacidade e o direito à garantia, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitada ao rendimento mensal auferido pelo Segurado, devidamente comprovado na data do evento, de acordo com o período de incapacidade atestada por relatório médico.

a) Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado que deverá ser entregue mensalmente;

b) Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, conforme item 6.2, até a alta médica;

7.2. Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à garantia. Neste caso, os beneficiários do Segurado, definidos de acordo com a legislação em vigor, receberão a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que, em vida, o Segurado permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão.

7.3. Se o Segurado vier a se aposentar por tempo de serviço, no decorrer do seu período de incapacidade, considera-se extinto o interesse segurado (renda) e por consequência o direito a receber o benefício. Neste caso, o Segurado receberá a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que o mesmo permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão.

a) A aposentadoria vinculada à invalidez originária do evento não prejudica o pagamento do benefício.

7.4. A Renda Mensal Temporária será devida do dia subsequente ao término da franquia até a alta médica ou, em caso de falecimento do Segurado, até a data do óbito.

7.5. A Renda Mensal Temporária, para o mesmo ciclo de vigência anual da cobertura individual, em hipótese alguma será devida além do período indenizável contratado para a garantia.

11 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.

8 RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1 OBJETIVO

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

2 RISCOS COBERTOS

2.1 Desde que contratada pelo segurado principal, os cônjuges poderão ter as seguintes garantias que estarão definidas nas Condições Contratuais:

a) Básica: Morte Acidental

b) Adicionais: Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Reembolso de Despesas com Funeral, Assistência Funeral, Despesas Diversas ou Auxílio Funeral.

2.2 O Capital Segurado das garantias dos filhos será limitado a:

a) 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual para a Garantia Básica de Morte Acidental,

b) 100% (cem por cento) para as Garantias Adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Reembolso de Despesas com Funeral, de Assistência Funeral, de Despesas Diversas ou de Auxílio Funeral.

2.3 Os percentuais serão definidos nas Condições Contratuais.

3 FORMAS DE INCLUSÃO

3.1 **AUTOMÁTICA:** nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na Apólice os cônjuges de todos os Segurados Principais, exceto aqueles que já fizerem parte do Grupo Segurado Principal. Neste caso, os prêmios correspondentes aos cônjuges serão pagos por todos os componentes do Grupo Segurado.

3.1.1 Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados Principais, se ao tempo do Contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

3.1.2 Não participam desta cláusula os cônjuges que façam parte do Grupo Segurado Principal.

3.2 **FACULTATIVA:** nesta modalidade o cônjuge somente será incluído no Seguro por manifestação expressa do Segurado Principal e concomitantemente com ele, mediante preenchimento da Proposta de Adesão Individual e da declaração de saúde do cônjuge. Os prêmios correspondentes ao Seguro do cônjuge serão pagos pelo respectivo Segurado Principal.

4 BENEFICIÁRIO

4.1 Para as Garantias de Morte Acidental e Despesas Diversas, 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, será o próprio cônjuge.

4.2 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.

5 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.

6 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

6.1 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.

6.2 A documentação necessária para o “Aviso de Sinistro” será a mesma descrita anteriormente nas respectivas Condições Especiais para cada uma das Garantias contratadas.

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 FILHO

1 OBJETIVO

1.1 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.

1.2 Ficam também incluídos nesta cláusula o filho natimorto e o filho inválido, de qualquer idade, considerado dependente do Segurado Principal pela legislação do Imposto de Renda e da Previdência Social.

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

2 RISCOS COBERTOS

2.1 Desde que contratada pelo segurado principal, os filhos poderão ter as seguintes garantias que estarão definidas nas Condições Contratuais:

a) Básica: Morte Acidental

b) Adicionais: Reembolso de Despesas com Funeral, Assistência Funeral, Despesas Diversas ou Auxílio Funeral.

2.2 O Capital Segurado das garantias dos filhos será limitado a:

a) 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual para a Garantia Básica de Morte Acidental,

b) 100% (cem por cento) para as Garantias Adicionais de Reembolso de Despesas com Funeral, de Assistência Funeral, de Despesas Diversas ou de Auxílio Funeral.

2.3 Os percentuais serão definidos nas Condições Contratuais.

2.4 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.

3 FORMAS DE INCLUSÃO

3.1 **AUTOMÁTICA:** quando abranger os filhos de todos os Segurados principais e/ou cônjuges Segurados.

3.2 **FACULTATIVA:** quando abranger os filhos dos Segurados principais e/ou dos cônjuges Segurados que assim o autorizarem.

4 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.

5 BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cláusula será sempre o Segurado Principal.

6 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

6.1 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.

6.2 A documentação necessária para o "Aviso de Sinistro" será a mesma descrita anteriormente nas respectivas Condições Especiais para cada uma das Garantias contratadas.

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 AUTOMÁTICA DE PASSAGEIRO

1 OBJETIVO

Permitir a inclusão do(s) passageiro(s) do Segurado Principal na Apólice, observando as Condições Contratuais.

2 DEFINIÇÃO

2.1 Acidente de Trânsito

Choque, colisão, abaloamento ou capotagem envolvendo direta ou indiretamente o veículo discriminado nas Condições Contratuais, durante o deslocamento ou locomoção por meios próprios, desde que esteja trafegando por via normalmente aberta para o tráfego de veículos em geral, respeitados os limites de velocidade regulamentares.

3 RISCOS COBERTOS

3.1 Respeitadas as quantidades regulamentares de assentos permitidas para o veículo, os passageiros poderão ter as seguintes garantias que estarão definidas nas Condições Contratuais:

a) Básica: Morte Acidental

b) Adicionais: Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, Reembolso de Despesas com Funeral, Despesas Diversas ou Auxílio Funeral.

3.2 A contratação de qualquer Garantia Adicional fica condicionada a contratação da Garantia Básica de Morte Acidental.

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

3.4 As coberturas destas Garantias limitam-se às consequências de Acidentes de Trânsito ocorridos ao(s) passageiro(s) que se encontre(m) no interior do veículo devidamente licenciado para o transporte de pessoas, cujo motorista, legalmente habilitado, seja o segurado principal e que esteja conduzindo o veículo no momento do acidente.

3.5 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.

4 FORMA DE INCLUSÃO

A inclusão será feita de forma automática para todos os passageiros que se encontrem no interior do veículo no momento do acidente, desde que respeitado o limite máximo de passageiros para cada veículo, e desde que esteja sendo conduzido pelo segurado principal.

5 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

5.1 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.

5.2 A documentação necessária para o "Aviso de Sinistro" será a mesma descrita anteriormente nas respectivas Condições Especiais para cada uma das Garantias contratadas.

6 BENEFICIÁRIOS

6.1 Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, o beneficiário do seguro será o próprio passageiro.

6.2 Em caso de Morte Acidental, Despesas Diversas ou Auxílio Funeral, o beneficiário do seguro será aquele determinado pela legislação vigente.

6.3 Em caso de Reembolso de Despesas com Funeral, o beneficiário do seguro será a pessoa(s) indicada(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do serviço, que tenham arcado com as despesas para a organização do funeral do passageiro.

7 RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DE DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEDENTES TÉCNICOS DA APÓLICE

1 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.

2 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.

3 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, a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

3.2.2. O percentual ou percentuais de reversão de excedente técnico deverá constar da Proposta de Adesão Individual e no Contrato.

4 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.

5 DESPESAS

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

- a) as comissões de corretagem, de administração (pró-labore) e de agenciamento pagas durante o período;
- b) 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;
- c) os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- d) 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) a reserva de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR – INCURRED BUT NOT REPORTED);
- f) os impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros conforme legislação vigente;
- g) os prêmios de Resseguro cedidos.

6 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.

7 REPASSE DOS EXCEDENTES TÉCNICOS

A devolução dos excedentes técnicos será feita ao Estipulante do Seguro, independentemente do tipo de custeio.

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

8 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 contributivo, nos termos do item 3 anterior, serão definidos em aditivo à Apólice ou no Contrato.

9 DISPOSIÇÕES FINAIS

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

Rio de Janeiro, 1 de outubro de 2012.

Rafael Graça do Amaral
Atuário – MIBA 1077

Cláudio Jorge Costa do Nascimento
Diretor de Relações