



SEGURO COLETIVO DE PESSOAS FLEXÍVEL

CONDIÇÕES GERAIS
Processo SUSEP nº. 15414.004510/2012-11
Versão: Setembro/2016

Índice

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	4
2. DEFINIÇÕES.....	4
3. GARANTIAS DO SEGURO.....	10
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	11
5. ÂMBITO GEOGRAFICO DA COBERTURA.....	12
6. CARÊNCIAS.....	12
7. GRUPO SEGURÁVEL.....	13
8. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	13
9. VIGÊNCIA DA APOLICE, DA COBERTURA INDIVIDUAL E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	14
10. CAPITAL SEGURADO.....	15
11. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	16
12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	17
13. PRAZO DE TOLERÂNCIA.....	18
14. PERDA DE DIREITO.....	18
15. CANCELAMENTO DA APÓLICE.....	19
16. OBRIGAÇÕES.....	20
17. REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	21
18. BENEFICIÁRIOS.....	23
19. REGIME FINANCEIRO.....	23
20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	24
21. SUB-ROGAÇÃO.....	24
22. RATIFICAÇÃO.....	24
23. FORO.....	24
24. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	24
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA (MQC).....	25
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA).....	27
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA).....	30
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA).....	35
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH).....	38

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI (DIHUTI)	41
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE DOENÇAS GRAVES (DIHDG)	44
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)	47
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)	52
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL (RDF)	55
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (GASSF)	57
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA CESTA ALIMENTAÇÃO POR MORTE (GCA-MQC)	60
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA ASSISTÊNCIA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO (ASS-AFACIDT)	62
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DESPESAS DIVERSAS - AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO (DD-AFACIDT)	66
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR LER E DORT (RITLD)	70
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)	75
CONDIÇÃO ESPECIAL DE DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEDENTES TÉCNICOS DA APÓLICE	77

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 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 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.

2.3 Acidente de Trabalho

Define-se como acidente do trabalho aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, permanente ou temporária, que cause a morte, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho.

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

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.18 Consignante

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

2.19 Contrato

Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

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 congênitas, 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 cobrança 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 na ocorrência do evento coberto.

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 Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I.)

É a área especializada dentro da estrutura hospitalar, que reúne equipamentos de alta complexidade tecnológica aliada a equipe multidisciplinar especializada para a realização de tratamentos em terapia intensiva. Os cuidados ministrados aos pacientes deverão compreender:

- a) cuidados para estabilizar os sistemas fisiológicos principais para a manutenção da vida; e
- b) cuidados que não possam ser executados em outras unidades do hospital devido a técnicas próprias de U.T.I.

2.59 Vigência do Seguro

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

2.60 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, adicional e suplementar.

3.3.1 As Garantias Básicas:

- Morte Qualquer Causa (MQC);
- Morte Acidental (MA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- 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);
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- Reembolso de Despesas com Funeral (RDF);
- Assistência Funeral (GASSF);

- Assistência Cesta Alimentação (GCA-MQC), por morte qualquer causa;
- Assistência por afastamento por acidente de trabalho (ASS-AFACIDT);
- Despesas Diversas por afastamento por acidente de trabalho (DD-AFACIDT).

3.3.2 A Garantia Adicional:

- Renda por Incapacidade Temporária por LER e DORT (RITLD).

3.3.3 A Garantia Suplementar:

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

- 3.4** A contratação de uma das Garantias Básicas aqui descritas não está condicionada a contratação de qualquer outra garantia.
- 3.5** A contratação da Garantia Adicional de Renda por Incapacidade Temporária por LER e DORT, fica condicionada a contratação da garantia Básica de Renda por Incapacidade Temporária.
- 3.6** A contratação da Garantia Suplementar de inclusão de cônjuge fica condicionada a contratação de pelo menos uma das garantias básicas.
- 3.7** As garantias de Assistência Funeral e Reembolso de Despesas com Funeral não podem ser contratadas em conjunto.

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, utilização de meio de transporte mais arriscado, 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.

7.6 INCLUSÃO DE CÔNJUGE

Podem ser incluídos neste Seguro como o cônjuge do Segurado Principal, desde que estes não pertençam ao grupo segurável principal. Quando os Segurados principais tiverem dependentes comuns, estes serão incluídos, uma única vez, pelo Segurado cujo valor do Capital Segurado na Garantia básica for maior.

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

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

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

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 Contratação assinada pelo Estipulante.

- 8.3** A contratação Individual do Seguro somente será feita mediante Proposta de Adesão Individual assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de Seguros habilitado, e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.
- 8.4** **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.**
- 8.4.1** 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.
- 8.5** Ficarà 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, no caso de sua não aceitação, justificando a recusa.
- 8.6** 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.
- 8.7** 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 conforme definido na proposta de contratação, limitado automaticamente ao final do prazo de vigência da Apólice.

- 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.**
- 9.8** **Caso o Estipulante não tenha interesse em renovar a apólice, irá comunicar à Seguradora mediante aviso prévio de, no mínimo, (60) sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.**
- 9.9** **Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, irá comunicar aos segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, (60) sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.**
- 9.10** 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.
- 9.11** 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:
- a) Morte Natural: data do óbito;
 - b) Morte Acidental: data do acidente;
 - c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: data do acidente;
 - d) Invalidez Permanente Total por Acidente: data do acidente;
 - e) Diária por Internação Hospitalar: data da internação hospitalar;
 - f) Diária por Internação Hospitalar em UTI: data da internação hospitalar;
 - g) Diária por Internação Hospitalar por Doenças Graves: data da internação hospitalar;
 - h) Renda por Incapacidade Temporária: data da incapacidade;
 - i) Renda por Incapacidade Temporária por LER e DORT: data da incapacidade;

- j) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO); a data do efetivo dispêndio pelo Segurado;
- k) Reembolso de Despesas com Funeral (RDF); a data do efetivo dispêndio pelo Segurado;
- l) Assistência Funeral: data do óbito;
- m) Assistência Cesta Alimentação por Morte Qualquer Causa: data do óbito;
- n) Assistência por afastamento por acidente de trabalho: data do acidente;
- o) Despesas Diversas por afastamento por acidente de trabalho: data do acidente.

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:

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

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 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 devido 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, anual 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, que será aplicado proporcionalmente ao período em dias entre a data do vencimento do prêmio e o efetivo pagamento, com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 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 de cobrança referente aos prêmios previstos no 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.
- 11.8 O prêmio será reenquadrado em decorrência da mudança de faixa etária de cada Segurado, conforme definido nas Condições Contratuais.

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.

12.3.2 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.

12.4 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.

15.4 Para a cobertura de invalidez, o segurado terá o certificado individual cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos e condições previstos no item 12.

15.5 A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

15.5.1 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

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

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 Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

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

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 a cobertura de Seguro contratada, será paga sob a forma de pagamento único, diária ou renda.
- 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, 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.
 - 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 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 17.12 **Documentos que qualificam e habilitam o Beneficiário:**
- a) Quando há designação de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar a Seguradora os seguintes documentos:
- Certidão de Casamento ou Nascimento do(s) Beneficiário(s) (cópia simples);
 - RG ou outro documento de identidade e CPF do(s) Beneficiário(s) do Seguro ou de seu representante legal (cópia simples);
 - Comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
 - No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu representante legal;
 - No caso de Companheiro(a), encaminhar comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital anterior ao óbito do Segurado caso não haja, pelo menos três documentos que comprovem a união estável (cópia simples);
 - Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos. Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do tutor; (cópia simples);
 - Termo de Curatela no caso do Segurado encontrar-se incapaz para responder por seus atos civis. Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador (cópia simples);
 - Comprovante bancário (espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário legível) de cada beneficiário com os dados completos da conta corrente ou poupança para crédito em nome do favorecido ou menor representado (cópia simples);
- b) Quando não há designação nominal de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar a Seguradora os seguintes documentos:
- Certidão de Casamento ou Nascimento do(s) Beneficiário(s) (cópia simples);
 - RG ou outro documento de identidade e CPF do(s) Beneficiário(s) do Seguro ou de seu representante legal (cópia simples);

- Comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
- No caso de menor impúbere (menos de 16 anos) encaminhar o comprovante de residência do seu representante legal;
- Formulário de Declaração Única de Herdeiros devidamente preenchida e assinada por todos os herdeiros legais e por duas testemunhas, devendo as assinaturas destes serem reconhecida em cartório. As testemunhas devem encaminhar RG, CPF e Comprovante de Residência (cópia simples);
- Certidão de Casamento do(a) cônjuge atualizada e com averbação do óbito do Segurado(a); (cópia simples);
- No caso de Companheiro(a), encaminhar comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital anterior ao óbito do Segurado caso não haja, pelo menos três documentos que comprovem a união estável (cópia simples);
- Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos. Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do tutor; (cópia simples);
- Termo de Curatela no caso do Segurado encontrar-se incapaz para responder por seus atos civis. Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador (cópia simples);
- Comprovante bancário (espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário legível) de cada beneficiário com os dados completos da conta corrente ou poupança para crédito em nome do favorecido ou menor representado (cópia simples);

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 ou companheiro(a) se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato 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 POR QUALQUER CAUSA (MQC)**1. OBJETIVO**

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

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1 O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.
- 2.2 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do falecimento.
- 2.3 A Seguradora poderá, desde que estabelecido nas Condições Contratuais, antecipar o pagamento de 50% do Capital Segurado contratado para a Garantia de Morte, ao segurado ou ao seu cônjuge, caso este também possua esta garantia, em caso de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado. O segurado ou seu cônjuge perderão o direito a tal antecipação se houver a contratação da Garantia de Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 4.1 Na ocorrência do sinistro, compete ao Estipulante e/ou aos Beneficiários, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:
- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
 - Certidão de óbito (cópia autenticada);
 - Certidão de casamento (atualizada pós óbito) e se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia simples);
 - Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
 - RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
 - Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
 - Comprovante bancário "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);

5. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte e 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 Individual por Morte.

6. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA)**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; desde que cumpridos os dois anos de carência, conforme o subitem 6.1 das Condições Gerais;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

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 das Condições Gerais.
- c) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

d) 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 beneficiário ou seu representante da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia simples);
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML (cópia simples);
- 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 (cópia simples);
- CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho “para o caso de acidente na empresa” (cópia simples);
- Laudo Cadavérico do IML, quando houver (cópia simples);
- Certidão de óbito (cópia autenticada);
- Certidão de casamento (atualizada pós óbito) e se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
- Comprovante bancário “espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário” (cópia simples);

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 Total por Acidente não se acumulam. Se depois de paga a indenização por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

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 BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1 OBJETIVO

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

2 CAPITAL SEGURADO

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

2.2 O Capital Segurado relativo à garantia 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) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- b) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.

5 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

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

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL- DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
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 tíbioperoneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
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

No caso em que as funções do membro ou órgão lesado não fiquem completamente abolidas, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata deste grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente. Nos casos em que a invalidez não foi especificada no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a redução permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

- 5.2** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do valor contratado como capital segurado individual.
- 5.3** Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

- 5.4 Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 5.5 Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independente de sua profissão

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 (original);
 - Relatórios médicos; (cópia simples)
 - Comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
 - RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
 - Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS (cópia simples);
 - Exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado (cópia simples);
 - Boletim de Ocorrência Policial, se houver (cópia simples);
 - CNH - Carteira de Habilitação "no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente" (cópia simples);
 - Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
 - Comprovante bancário "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);
- 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 semelhantes, 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, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 9.3 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 BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)**1 OBJETIVO**

Garantir uma indenização ao Segurado Principal, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão por lesão física, desde que contratada pelo segurado, 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.

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

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

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

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

4 RISCOS EXCLUIDOS

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

- a) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- b) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.

5 ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte por Acidente não se acumulam. Se depois de paga a indenização por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

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 (original);
 - Relatórios médicos; (cópia simples)
 - Comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
 - RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
 - Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS (cópia simples);
 - Exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado (cópia simples);
 - Boletim de Ocorrência Policial, se houver (cópia simples);
 - CNH - Carteira de Habilitação "no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente" (cópia simples);
 - Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
 - Comprovante bancário "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);
- 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. A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.
- 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 BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

1 OBJETIVO

A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, 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, será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, e constará do Certificado Individual do Segurado.

3 RISCOS COBERTOS

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

4 RISCOS EXCLUIDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no 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;

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

- a) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- b) cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;
- c) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- d) Doença de Parkinson Grave, Insuficiência Hepática Crônica, Insuficiência Renal Crônica, Lupus em estado crônico e Transplante de Órgãos Vitais;

- e) diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e a hepatite crônica;
- f) tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
- h) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- i) tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- j) tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- k) tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;
- l) tratamento decorrente de acidentes relacionados à tentativa de suicídio nos dois primeiros anos de vigência ou atos ilícitos devidamente comprovados;
- m) tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- n) tratamentos que envolvam a homeopatia, acupuntura e tratamentos naturalistas;
- o) internação domiciliar;
- p) procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório; e
- q) investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.
- r) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- s) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

4.3. Estão expressamente excluídas, exceto quando decorrentes de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

- a) parto ou aborto, e suas consequências;
- b) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- c) choque anafilático e suas consequências

5 CARÊNCIA

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

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:

- Formulário de “Aviso de Sinistro para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento - DIT (original);
- Declaração médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de incapacidade (cópia simples);
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia simples);
- CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho “para o caso de acidente na empresa” (cópia simples);
- Exames complementares realizados, (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante em nome do Segurado, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência com informações do Segurado (cópia simples);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
- Comprovante Bancário “espelho extrato ou comprovante de depósito bancário” (cópia simples);

9 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 BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI (DIHUTI)

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 COBERTOS

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

4. RISCOS EXCLUIDOS

4.1. A 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;

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

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

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

4.3. Estão expressamente excluídas, exceto quando decorrentes de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

- a) parto ou aborto, e suas consequências;
- b) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- c) choque anafilático e suas consequências

5. CARÊNCIA

5.1 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.

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

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

6. LIMITE DE DIÁRIAS

6.1 O limite de diárias constará das condições contratuais.

6.2 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 5 desta Condição Especial.

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:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
- Declaração médica comprovando e fixando o número de diárias (cópia simples);
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia simples);
- CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho "para o caso de acidente na empresa" (cópia simples);
- Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante em nome do Segurado, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência com informações do Segurado (cópia simples);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
- Comprovante Bancário "espelho extrato ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);

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 BÁSICA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR
DECORRENTE DE DOENÇAS GRAVES (DIHDG)****1 OBJETIVO**

A garantia de diária por internação hospitalar decorrente de doenças graves garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, em estabelecimento hospitalar de sua livre escolha, somente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, decorrente de doenças graves, 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) Infarto do Miocárdio e Cirurgia de Revascularização do Miocárdio:** intervenção cirúrgica, a céu aberto, para a recuperação de uma ou mais artérias coronárias, as quais se encontram parcial ou totalmente bloqueadas, introduzindo-se em “by-pass” artério-coronário;
 - c) Neoplasia (Câncer):** diagnóstico de tumor maligno, caracterizado pelo crescimento anormal de células, com indicação de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia; e

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

5 CARÊNCIA

Para a Garantia 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 dos seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
- Laudo emitido por médico habilitado e especialista na patologia diagnosticada; (cópia simples);
- Exames complementares realizados, (cópia simples);

- Comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante em nome do Segurado, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência com informações do Segurado (cópia simples);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
- Comprovante Bancário “espelho extrato ou comprovante de depósito bancário” (cópia simples);

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 BÁSICA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)

1. OBJETIVO

Garantir uma Renda Mensal Temporária ao Segurado que, por motivo de doença ou acidente pessoal coberto, ficar incapacitado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

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.

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

b) Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, conforme item 6, até a alta médica, limitada pelo período 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 COBERTOS

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

4. RISCOS EXCLUIDOS

4.1. O Seguro se destina a cobrir a invalidez de caráter agudo e temporário, ou seja, a incapacidade decorrente de uma mesma causa. Assim, estão expressamente excluídas da 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 ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- h) cirurgia plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;
- i) figromialgias;

- j) doença Miofascial;
- k) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- l) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
- m) 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;
- n) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;
- o) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- p) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- q) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- r) 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;
- s) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica e suas consequências;
- t) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- u) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- v) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.

4.2. Estão expressamente excluídas, exceto quando decorrentes de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

- a) parto ou aborto, e suas consequências;
- b) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- c) choque anafilático e suas consequências

5. CARÊNCIA

- 5.1. O período de carência, quando previsto e estabelecido no Contrato de Seguro, será contado a partir da data 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. Para cada evento a quantidade de dias de franquia, contada a partir da data do sinistro, que será deduzida do período indenizável, estará estabelecida nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão.
- 6.2. O Período de franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias ininterruptos.
- 6.3. 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**.
- 6.4. 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.

7. LIMITE DE RENDAS

- 7.1. O limite de rendas por evento constará das Condições Contratuais.
- 7.2. Pelo mesmo evento, o número de rendas indenizadas não pode superar a quantidade de rendas contratadas.
- 7.3. Respeitadas as limitações contratuais, em caso de incapacidade contínua, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária durante o período de efetivo afastamento do Segurado da sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão, limitando ao período indenizável contratado e especificado na Apólice e no Certificado Individual.
- 7.4. A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

8. OCORRÊNCIA DO 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:
 - Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
 - Prontuário médico comprovando a incapacidade temporária (cópia simples);
 - Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia simples);
 - Exames complementares realizados (cópia simples);
 - Documento comprobatório da invalidez, expedido pelo órgão oficial da previdência, (original);
 - Comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante em nome do Segurado, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência com informações do Segurado (cópia simples);
 - RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);

- Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML (cópia simples);
 - 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 (cópia simples);
 - Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
 - Comprovante Bancário “espelho extrato ou comprovante de depósito bancário” (cópia simples);
- 8.3** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade 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.
- a) A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
 - b) Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.
 - c) 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.
- 8.4** Comprovada a incapacidade e o direito à garantia, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitada ao rendimento mensal contratado pelo Segurado, devidamente comprovado na data do evento.
- a) Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora, para os meses completos e o valor proporcional da Renda Mensal Temporária para os meses incompletos, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado que deverá ser entregue mensalmente;
 - b) Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, conforme item 6, até a alta médica, limitada pelo período contratado.
- 8.5** 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.
- 8.6** 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.
- 8.7** 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.

8.8 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.

9. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta Garantia será 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 conforme item 8.5.

10. 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 BÁSICA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas ao Segurado Principal, desde que contratada esta garantia, efetuadas para o tratamento do mesmo, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, exceto para cobertura de viagens quando estarão cobertos os acidentes ocorridos durante o período contratado, observadas as Condições Gerais deste Seguro.

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 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 contratado na Garantia Básica de Morte Acidental.

3. RISCOS COBERTOS

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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, artrite reumatoide, 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:

- Formulário do Aviso de Sinistro totalmente preenchido, sem rasuras e assinado pelo Segurado ou Responsável (original);
- 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 (cópia simples);
- CAT - Comunicação do Acidente de Trabalho se for o caso (cópia simples);
- Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial, se houver (cópia simples);
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado (cópia simples);
- Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados (cópia simples);
- Receita Médica; quando houver a compra de medicamentos (cópia simples);
- Nota(s) Fiscal(is) , correspondente(s) aos gastos relativos a medicamentos; (original);
- Comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);

- CNH - Carteira de Habilitação “no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente” (cópia simples);
- Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
- Comprovante bancário “espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário” (cópia simples);

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 BÁSICA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL (RDF)**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, desde que contratada esta garantia, até o limite do capital segurado contratado.

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 EXCLUÍDOS

4.1 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.

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

- Formulário de "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
- Nota(s) Fiscal(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral (original);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do Custeador (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado do Custeador "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.) (cópia simples);
- Comprovante bancário do Custeador "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);
- Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);

7 RATIFICAÇÕES

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (GASSF)**1. OBJETIVO**

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

- 1.1 O funeral poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa, na hipótese do Beneficiário optar pela prestação de serviço.
- 1.2 Na hipótese de o segurado ou beneficiário optar pelo reembolso é garantida a livre escolha do prestador de serviço funerário.
- 1.3 O reembolso das despesas com o Funeral ou a prestação de serviço será concedido:
 - a) **no Plano Individual:** a todos os Segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e
 - b) **no Plano Familiar:** a todos os Segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os filhos até 21 anos ou até 24 anos se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

2. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

2.1 Caso haja a opção pelo recebimento do reembolso:

- O Formulário de "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
- Nota(s) Fiscal(is) , correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral (original);
- RG ou outro documento de identidade e CPF do Custeador (cópia simples);
- Comprovante de endereço atualizado do Custeador "um dos seis últimos meses" (conta de telefone, de água, de luz, etc.) (cópia simples);
- Comprovante bancário do Custeador "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);
- Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);

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

2.2 Caso haja a opção pela prestação do serviço:

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

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

4. DISPOSIÇÃO GERAL

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

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

5. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA CESTA ALIMENTAÇÃO POR MORTE (GCA-MQC)

1. OBJETIVO

- 1.1** Garantir ao(s) Beneficiário(s) uma indenização ou uma cesta alimentação decorrente da morte qualquer causa do Segurado, até o limite do Capital Segurado contratado para essa garantia, a fim de custear despesas básicas de alimentação, observando os termos das Condições Contratuais.
- 1.2** O serviço de Cesta Alimentação por Morte poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Seguradora, na hipótese do Beneficiário optar pela prestação de serviço.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1** O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, de forma única ou em parcelas mensais e sucessivas, conforme estabelecido nas Condições Contratuais, sendo o valor de cada parcela equivalente ao capital segurado da garantia dividido pelo número de parcelas.
- 2.2** O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do capital segurado definido para a Garantia Básica de Morte Qualquer Causa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 4.1** Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Estipulante e/ou seu Beneficiário, 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 Caso haja opção pelo recebimento da indenização:

- 4.2.1** Na ocorrência do sinistro, compete ao Estipulante e/ou ao Beneficiário, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:
- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
 - 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);

- d) RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
- e) Comprovante do vínculo com o estipulante (cópia simples);
- f) Comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal do Segurado.

4.3 Caso haja opção pela prestação do serviço

4.3.1 O beneficiário deverá contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, para solicitar o envio do cartão alimentação.

4.3.2 Durante o atendimento poderão ser solicitados documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante.

5. DISPOSIÇÃO GERAL

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

6. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA ASSISTÊNCIA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO (ASS-AFACIDT)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir ao Segurado Principal o pagamento de indenização ou prestação de serviço, em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação, exclusivamente em consequência de acidente pessoal ocorrido durante o período/horário de trabalho, dentro da vigência do seguro e observados os demais itens destas Condições Especiais e das Condições Gerais.
- 1.2. A garantia respeitará o limite máximo de pagamentos determinado nas Condições Contratuais.
- 1.3. A garantia de Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho poderá ser realizada por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Seguradora, na hipótese do Segurado optar pela prestação de serviço.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Capital Segurado 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 um valor, definido nas Condições Contratuais, durante o período de efetivo afastamento por acidente de trabalho, limitado ao período indenitário contratado.
- 2.3. A indenização será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

3. RISCOS COBERTOS

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Garantia Adicional de Assistência por Afastamento por Acidente de Trabalho:
 - a) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
 - b) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;
 - c) doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout” e depressão, independente das suas causas;

- d) doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- e) tratamento dentário não decorrente de acidente de trabalho e suas consequências;
- f) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- g) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- h) figromialgias;
- i) Doença Miofascial;
- j) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- k) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
- l) todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
- m) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;
- n) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- o) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- p) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- r) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;
- s) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- t) epidemias declaradas por órgão competente;
- u) atos ilícitos ou contrários a lei;
- v) os acidentes pessoais ocorridos antes e após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta).

5. FRANQUIA

- 5.1. Como padrão será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, ou conforme período diferente determinado nas Condições Contratuais, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado, por determinação médica. Durante o período da franquia o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização para qualquer outro evento subsequente.
- 5.2. O período de afastamento será calculado a partir do primeiro dia após o término do prazo acordado como franquia, e a indenização será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

6. LIMITE DE PAGAMENTOS

- 6.1. O limite máximo de pagamentos da indenização será o constante nas Condições Contratuais, não se computando neste período a franquia prevista para cada evento.
- 6.2. **Os valores correspondentes aos pagamentos das indenizações dos meses subsequentes serão devidos sempre que se completar 30 dias de afastamento, contados a partir do final do período calculado para a indenização do mês anterior.**
- 6.3. **A quantidade de indenizações, assim como seus valores e quantidade de eventos serão limitados e indicados nas Condições Contratuais.**
- 6.4. As indenizações não utilizadas no evento anterior não são cumulativas pra os próximos eventos.
- 6.5. Pelo mesmo evento, a quantidade de indenizações não pode superar o período indenitário contratado.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 7.1. Na ocorrência do sinistro, compete ao Estipulante e/ou ao Segurado, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:
 - Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
 - Relatórios médicos (cópia simples);
 - Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (cópia simples);
 - Carta de concessão de afastamento pelo INSS (cópia simples);
 - Comprovante de vínculo empregatício - Contracheque do mês do evento OU Ficha de registro de empregado junto ao estipulante OU CTPS página do registro e identificação OU SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário (cópia simples);
 - Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples) com vencimento máximo dos últimos seis meses;
 - Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
 - RG ou outro documento de identidade e CPF (cópia simples);
 - Proposta de Adesão Individual, se houver, (cópia simples);
 - Comprovante bancário "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

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

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

9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DESPESAS DIVERSAS - AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO (DD-AFACIDT)

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir ao Segurado Principal o pagamento de indenização, em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação, exclusivamente em consequência de acidente pessoal ocorrido durante o período/horário de trabalho, dentro da vigência do seguro, a fim de custear despesas diversas, cuja finalidade será descrita nas Condições Contratuais, observados os demais itens destas Condições Especiais e das Condições Gerais.
- 1.2. A garantia respeitará o limite máximo de pagamentos determinado nas Condições Contratuais.

2. CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Capital Segurado 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 um valor, definido nas Condições Contratuais, durante o período de efetivo afastamento por acidente de trabalho, limitado ao período indenitário contratado.
- 2.3. A periodicidade de pagamento da indenização será definida nas Condições Contratuais.
- 2.4. A indenização será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

3. RISCOS COBERTOS

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Garantia Adicional de Despesas Diversas por Afastamento por Acidente de Trabalho:
 - a) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à contratação deste Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
 - b) doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;
 - c) doenças psiquiátricas, alterações psíquicas, mentais, estresse, incluído “burnout” e depressão, independente das suas causas;
 - d) doenças crônicas-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;

- e) tratamento dentário não decorrente de acidente de trabalho e suas consequências;
- f) cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- g) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- h) figromialgias;
- i) Doença Miofascial;
- j) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- k) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
- l) todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
- m) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;
- n) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- o) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- p) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- r) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;
- s) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- t) epidemias declaradas por órgão competente;
- u) atos ilícitos ou contrários a lei;
- v) os acidentes pessoais ocorridos antes e após o horário de trabalho, excetuando-se o trajeto ao trabalho (ida e volta).

5. FRANQUIA

- 5.1. Como padrão será de 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, ou conforme período diferente determinado nas Condições Contratuais, contados a partir da data do afastamento da atividade profissional/laborativa do Segurado, por determinação médica. Durante o período da franquia o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização para qualquer outro evento subsequente.
- 5.2. O período de afastamento será calculado a partir do primeiro dia após o término do prazo acordado como franquia, e a indenização será devida quando forem completados períodos inteiros de 30 (trinta) dias de afastamento após o cumprimento do prazo de franquia, devidamente atestado por médico legalmente habilitado.

6. LIMITE DE PAGAMENTOS

- 6.1. O limite de pagamentos da indenização será o constante nas Condições Contratuais, não se computando neste período a franquia prevista para cada evento.
- 6.2. **Os valores correspondentes aos pagamentos das indenizações dos meses subsequentes serão devidos sempre que se completar 30 dias de afastamento, contados a partir do final do período calculado para a indenização do mês anterior.**
- 6.3. **A quantidade de indenizações, assim como seus valores e quantidade de eventos serão limitados e indicados nas Condições Contratuais.**
- 6.4. As indenizações não utilizadas no evento anterior não são cumulativas pra os próximos eventos.
- 6.5. Pelo mesmo evento, a quantidade de indenizações não pode superar o período indenitário contratado.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 7.1. Na ocorrência do sinistro, compete ao Estipulante e/ou ao Segurado, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:
 - Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras (original);
 - Relatórios médicos (cópia simples);
 - Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (cópia simples);
 - Carta de concessão de afastamento pelo INSS (cópia simples);
 - Comprovante de vínculo empregatício - Contracheque do mês do evento OU Ficha de registro de empregado junto ao estipulante OU CTPS página do registro e identificação OU SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário (cópia simples);
 - Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples) com vencimento máximo dos últimos seis meses;
 - Caso não tenha comprovante, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência (cópia simples);
 - RG ou outro documento de identidade e CPF (cópia simples);
 - Proposta de Adesão Individual, se houver, (cópia simples);
 - Comprovante bancário "espelho do extrato bancário ou comprovante de depósito bancário" (cópia simples);

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

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

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

9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR LER E DORT (RITLD)

1. OBJETIVO

Garantir uma Renda por Incapacidade Temporária ao Segurado que fique incapacitado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, em decorrência de lesões por esforço repetitivo (LER) e/ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) excluídos os casos constantes no item 4 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.
 - a) Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora, para os meses completos e o valor proporcional da Renda Mensal Temporária para os meses incompletos, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado que deverá ser entregue mensalmente;
 - b) Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, conforme item 6, até a alta médica, limitada pelo período 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 COBERTOS

Acidentes pessoais ou doenças decorrentes de lesões por esforço repetitivo (LER) e/ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), que tornem o segurado incapacitado de exercer a sua profissão ou ocupação.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 O Seguro se destina a cobrir a invalidez de caráter agudo e temporário, ou seja, a incapacidade decorrente de uma mesma causa. Assim, estão expressamente excluídas da 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 ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- h) cirurgia plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;
- i) figromialgias;
- j) doença Miofascial;
- k) tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
- l) tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
- m) 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;
- n) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos a pós-operatórios de cirurgia de varizes e hemorroidas;
- o) períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
- p) tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamento ainda não reconhecidos pelo Serviço nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- q) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
- r) 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;
- s) tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica e suas consequências;
- t) complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- u) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- v) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.

4.2 Estão expressamente excluídas, exceto quando decorrentes de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

- a) parto ou aborto, e suas consequências;
- b) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- c) choque anafilático e suas consequências

5. CARÊNCIA

5.1 O prazo de carência não poderá exceder a metade do prazo de vigência.

- 5.2 O período de carência será de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data de início de vigência da cobertura individual;
- 5.3 Durante o período de carência, o Segurado não terá direito à garantia do Seguro;
- 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 Para cada evento a quantidade de dias de franquia, contada a partir da data do sinistro, que será deduzida do período indenizável, estará estabelecida nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão.
- 6.2 O Período de franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias ininterruptos.
- 6.3 Os pagamentos da Renda por Incapacidade Temporária por LER e DORT, 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.**
- 6.4 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.

7. LIMITE DE RENDAS

- 7.1 O limite de rendas por evento constará das Condições Contratuais.
- 7.2 Pelo mesmo evento, o número de rendas indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.
- 7.3 Respeitadas as limitações contratuais, em caso de incapacidade contínua, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária durante o período de efetivo afastamento do Segurado da sua atividade principal declarada na Proposta de Adesão, limitando ao período indenizável contratado e especificado na Apólice e no Certificado Individual.
- 7.4 A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

8. PERÍODO INDENITÁRIO

Respeitadas as limitações contratuais, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda por Incapacidade Temporária durante o período de efetivo afastamento do Segurado da sua atividade laboral remunerada, limitado ao período indenizável de 60 (sessenta) dias.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 9.1** 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.
- 9.2** 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 (original);
 - Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia simples);
 - Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML (cópia simples);
 - 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 (cópia simples);
 - CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho “para o caso de acidente na empresa” (cópia simples);
 - Laudo Cadavérico do IML, quando houver (cópia simples);
 - Comprovante de endereço atualizado “um dos seis últimos meses” (conta de telefone, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado. Caso não tenha comprovante em nome do Segurado, deverá enviar comprovante de residência nominal a terceiro com declaração de residência com informações do Segurado (cópia simples);
 - RG ou outro documento de identidade e CPF do segurado (cópia simples);
 - Proposta de Adesão Individual, caso não haja, documento que comprove o vínculo com a Estipulante (cópia simples);
 - Comprovante bancário “espelho do extrato ou comprovante de depósito bancário” (cópia simples).
- 9.3** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade 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.
- a) A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
 - b) Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.
 - c) 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.
- 9.4** Comprovada a incapacidade e o direito à garantia, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitada ao rendimento mensal contratado pelo Segurado, devidamente comprovado na data do evento.
- a) Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora, para os meses completos e o valor proporcional da Renda Mensal Temporária para os meses incompletos, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado que deverá ser entregue mensalmente;

- b) Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, conforme item 5, até a alta médica;
- 9.5** 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.
- 9.6** 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.
- 9.7** 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.
- 9.8** 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.

10. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta Garantia será 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 conforme item 9.5.

11. 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 (IC)

1. OBJETIVO

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

2. RISCOS COBERTOS

Os cônjuges poderão ser cobertos pelas Garantias Básicas de Morte por Qualquer Causa, Morte por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente, Diária de Internação Hospitalar, Diária de Internação Hospitalar UTI, Diária de Internação Hospitalar decorrente de Doenças Graves, Renda de Incapacidade Temporária e pela Cobertura Adicional de Renda por Incapacidade Temporária por LER e DORT.

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

3. REGULAÇÃO DO SINISTRO

A documentação respeitará aquela mencionada nas coberturas básicas.

4. FORMAS DE INCLUSÃO

- **AUTOMÁTICA:** nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na Apólice os cônjuges de todos os Segurados Principais, **exceto aqueles que já fizeram parte do Grupo Segurado Principal**. Neste caso, os prêmios correspondentes aos cônjuges serão pagos por todos os componentes do Grupo Segurado.
 - **FACULTATIVA:** o cônjuge somente será incluído no Seguro por manifestação expressa do Segurado Principal e concomitantemente com ele, mediante preenchimento da proposta individual de adesão e da declaração de saúde do cônjuge. Os prêmios correspondentes ao Seguro do cônjuge serão pagos pelo respectivo Segurado Principal.
- 4.1 A inclusão do cônjuge no Grupo Segurado, posteriormente à inclusão do Segurado Principal, somente poderá ser feita mediante declaração de saúde assinada por ambos, podendo a Seguradora exigir, ainda, laudo médico que ateste as boas condições de saúde do cônjuge.

5. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário do Seguro do cônjuge no caso de sua morte será sempre o Segurado Principal e nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente, Diária de Internação Hospitalar, Diária de Internação Hospitalar UTI, Diária de Internação Hospitalar decorrente de Doenças Graves, Renda de Incapacidade Temporária e Renda por Incapacidade Temporária por LER e DORT será o próprio cônjuge.

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

6. CANCELAMENTO DO SEGURO DO CÔNJUGE

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

- a) nos casos de exclusão do Segurado Principal da Apólice, inclusive por morte;
- b) no caso de separação judicial ou divórcio;
- c) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o);
- d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa.

7. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL 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

7.1. Será destinado aos segurados um percentual do excedente técnico apurado, estabelecido no contrato.

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

7.3. Para os casos previstos no item anterior, deverá ser incluído no Certificado Individual, a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

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 contributário, 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.