

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

SEGURO DE VIDA EM GRUPO TAXA MÉDIA

Versão 7: dezembro de 2025

Canais de Atendimento:

SAC 24 horas: 0800 722 0264 (Todos os dias da semana, 24 horas por dia, inclusive feriados)

Informações ou dúvidas dos produtos, reclamações, contestação, suspensão ou cancelamentos.

Atendimento deficientes auditivos ou de fala: 0800 702 4260

Ouvidoria: 0800 722 0266 (De segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados nacionais.)

Disque SUSEP: 0800-0218484.

Site: www.susep.gov.br SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. **Link da plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados (www.consumidor.gov.br)**

SUMÁRIO

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES.....	4
CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES	5
CLÁUSULA 3 - OBJETIVO DO SEGURO	14
CLÁUSULA 4 - RISCOS COBERTOS.....	14
CLÁUSULA 5 - RISCOS EXCLUÍDOS	45
CLÁUSULA 6 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	50
CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA	50
CLÁUSULA 8 - FRANQUIA	51
CLÁUSULA 9 - FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO	51
CLÁUSULA 10 - ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO SEGURO	52
CLÁUSULA 11 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	55
CLÁUSULA 12 - ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	56
CLÁUSULA 13 - PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	56
CLÁUSULA 14 - FALTA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	57
CLÁUSULA 15 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	58
CLÁUSULA 16 - RECÁLCULO DA(S) TAXA(S) DO SEGURO	59
CLÁUSULA 17 - CAPITAL SEGURADO	60
CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIO(S).....	60
CLÁUSULA 19 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	61
CLÁUSULA 20 - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	62
CLÁUSULA 21 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SEGURADO.....	79
CLÁUSULA 22 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	81
CLÁUSULA 23 - CANCELAMENTO DO SEGURO	82
CLÁUSULA 24 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	82
CLÁUSULA 25 - EXCEDENTE TÉCNICO.....	84
CLÁUSULA 26 - REGIME FINANCEIRO	85
CLÁUSULA 27 - OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	85
CLÁUSULA 28 - DO INTERESSE LEGÍTIMO.....	85
CLÁUSULA 29 - DA INEXISTÊNCIA, EXTINÇÃO/REDUÇÃO DO INTERESSE LEGÍTIMO	85
CLÁUSULA 30 - CANAIS DE ATENDIMENTO.....	86
ANEXO I - TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	88
ANEXO II - TABELAS IAIF.....	89

APRESENTAÇÃO

Nós estamos muito felizes em estar ao seu lado, cuidando das suas conquistas e do que é importante para você. Apresentamos aqui as condições contratuais que contemplam as informações, direitos e obrigações sobre o seguro.

Informamos que as coberturas contratadas estarão especificadas na apólice e certificado de seguro, conforme demonstrativo de coberturas.

Para isso, devem ser consideradas, conforme o caso, somente as condições correspondentes às coberturas contratadas e discriminadas na apólice e certificado de seguro.

Conte com a gente!

CLÁUSULA 1 - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1.1. A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco.

1.2. O registro do produto é automático e não representa, por parte da SUSEP, na aprovação, recomendação ou incentivo à contratação do seguro a ele vinculado.

1.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

1.4. Ao contratar este seguro, o Segurado declara estar ciente e de acordo com as cláusulas limitativas descritas nestas Condições Contratuais. As coberturas contratadas estarão especificadas na apólice de seguro, conforme demonstrativo de coberturas.

1.5. Este seguro é garantido pela Companhia de Seguros Previdência do Sul – Previsul Seguradora, CNPJ nº 92.751.213/0001-73 e está registrado na SUSEP sob nº **15414.900277/2017-04**.

1.6. Este seguro será contratado por meio de apólice coletiva, destinada a garantir coberturas securitárias para grupos de pessoas vinculadas ao Estipulante. São documentos integrantes do presente seguro, a Proposta de Adesão e/ou Contratação, a Apólice Coletiva, o Certificado Individual e as Condições Contratuais.

1.7. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) para solucionar pendências ou litígios judiciais decorrentes deste contrato de seguro, salvo se o Segurado ou o Beneficiário optar por ajuizar a ação no domicílio da Seguradora ou de agente dela

1.8. A Companhia de Seguros Previdência do Sul - Previsul, na qualidade de Controladora dos dados pessoais, poderá coletar, acessar, armazenar, utilizar e realizar demais operações de tratamento sobre os dados pessoais fornecidos pelo cliente e beneficiários, estritamente para as finalidades relacionadas à execução deste contrato, cumprimento de obrigações legais ou regulatórias e demais hipóteses permitidas pela Lei nº 13.709/2018 (LGPD). O tratamento dos dados pessoais será realizado para: (i) identificação e cadastro do cliente e beneficiários; (ii) execução e administração dos serviços objeto deste contrato; (iii) comunicação necessária para cumprimento contratual; (iv) prevenção e resolução de fraudes e incidentes de segurança; (v) cumprimento de obrigações legais e regulatórias aplicáveis à Previsul e demais atividades de tratamento listada em nossa Política de Privacidade, que poderá ser acessada através do portalprivacidade.previsul.com.br.

1.9. Os dados pessoais serão armazenados pelo período necessário ao cumprimento das obrigações contratuais, administrativas e legais inerentes a Previsul. Após o término do prazo aplicável, os dados serão eliminados ou anonimizados.

1.10. Para esclarecimentos ou exercício de direitos relacionados ao tratamento de dados pessoais, o cliente e seus beneficiários poderão contatar o encarregado de proteção de dados (DPO) da Previsul, através do portalprivacidade.previsul.com.br.

1.11. Caso o contrato de seguro seja declarado **nulo ou ineficaz**, o **Segurado** ou terá direito à devolução do valor do prêmio pago, deduzidas as despesas efetivamente realizadas pela Seguradora para a contratação, **salvo se comprovado que o vício decorreu de má-fé do Segurado**.

CLÁUSULA 2 - DEFINIÇÕES

2.1. **Aceitação:** Ato de aprovação de proposta submetida à seguradora para a contratação de seguro.

2.2. **Acidente :** Acontecimento imprevisto e involuntário do qual resulta um dano causado ao objeto ou pessoa segurada.

2.3. **Acidente Pessoal:** para fins deste Seguro, é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, sendo certo que o suicídio, ou a sua tentativa, será equiparado, para fins de indenização, a Acidente Pessoal.

Estão incluídos no conceito de Acidente Pessoal, as lesões decorrentes de:

- a) acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a ela o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- b) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- c) acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros, dos quais o Segurado seja a vítima; e
- d) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da

coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.4. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** é qualquer acidente cerebrovascular 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 extra cranial.

2.5. **Agravamento de risco:** qualquer conduta ou omissão do segurado que, de forma intencional e relevante, provoque aumento significativo e continuado da probabilidade de ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

2.6. **Alteração de Casa:** todas as mudanças na residência habitual do Segurado que são necessárias para tornar o local de moradia acessível e habitável para o segurado diante da ocorrência do Acidente Pessoal coberto

2.7. **Âmbito Geográfico de Cobertura:** é a delimitação física da(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.8. **Apólice:** documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

2.9. **Atividade laboral:** Aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

2.10. **Atualização monetária :** Procedimento utilizado para manter atualizados os valores do saldo de capitalização e das mensalidades.

2.11. **Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado e/ou Beneficiário à Seguradora, assim que dele tenham conhecimento, conforme procedimento definido nestas Condições Contratuais.

2.12. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.13. **Benefício :** Pagamento a ser efetuado ao próprio participante ou a seu beneficiário, por ocasião da ocorrência do evento gerador.

2.14. **Boa-Fé:** No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que têm o Segurado e a Sociedade Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem em conformidade com a lei.

- 2.15. **Cancelamento:** Dissolução antecipada do contrato de seguro.
- 2.16. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura, contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro.
- 2.17. **Capital Segurado Global:** é a modalidade de Capital Segurado para contratação coletiva, respeitando os critérios técnico-operacionais estabelecidos no Contrato de Seguro, segundo o qual o valor do Capital Segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças, em quantidade, na composição do grupo segurado, sendo que o Capital Segurado Global estabelecido se refere a totalidade do Capital Segurado.
- 2.18. **Capital Segurado Individual:** É a parte do Capital Segurado Global que compete a cada segurado, de acordo com a opção contratada a ser utilizado como base para o pagamento de indenização de acordo com a cobertura contratada e vigente na data do evento, podendo variar em função de inclusão e/ou exclusão de componentes do grupo segurado.
- 2.19. **Carência:** É o prazo que corresponde ao período contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados, no todo ou em parte, conforme dispuserem as condições contratuais.
- 2.20. **Certificado Individual:** Documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.
- 2.21. **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 "by-pass" artério-coronário.
- 2.22. **Cirurgia de Válvulas Cardíacas e de Aorta:** intervenção cirúrgica, a céu aberto, que visa recuperar ou substituir uma válvula cardíaca ou corrigir um estreitamento, dissecção ou aneurisma da Aorta. Para fins deste Seguro, Aorta se refere à Aorta torácica e abdominal, não incluindo as suas ramificações.
- 2.23. **Cláusula:** Em sentido estrito, é a denominação dada a cada um dos artigos ou disposições de um contrato. No caso de seguros, utiliza-se o termo para fazer referência a um grupo de disposições, normalmente reunidas sob um título, que estipulam as regras relativas a um particular aspecto do contrato.

- 2.24. **Coberturas:** o conjunto dos riscos cobertos elencados na apólice.
- 2.25. **Companheiro/Companheira :** Pessoa que mantém uma convivência pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituir família, equiparando a união estável ao casamento em muitos aspectos legais.
- 2.26. **Condições Contratuais:** é o conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.
- 2.27. **Consignante:** Pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento dos prêmios devidos pelos segurados e pelo seu respectivo repasse em favor da sociedade seguradora.
- 2.28. **Convalescença:** Período de recuperação do segurado após a ocorrência de uma doença ou acidente coberto, durante o qual ele ainda não retomou plenamente sua capacidade física ou funcional, embora o quadro clínico principal já tenha sido superado
- 2.29. **Corretor(a) de Seguro:** Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.
- 2.30. **Doenças Congênitas:** as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, até o sexto mês do nascimento. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para todos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.
- 2.31. **Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes:** sinais , sintomas, estados morbidos, 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, contraídas pelo Segurado antes da contratação do seguro e **que seja de seu prévio conhecimento** .
- 2.32. **Doenças Graves:** para fins deste Seguro, considera-se exclusivamente como tal a Neoplasia Maligna (CÂNCER) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), bem como os seguintes procedimentos cirúrgicos: Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA); e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta.
- 2.33. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida

básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.34. **Endosso** : documento emitido pela Seguradora durante a vigência do Seguro, refletindo alteração de dados ou de condições do Seguro

2.35. **Estipulante**: pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.

2.36. **Evento Coberto**: acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, previsto nestas Condições Contratuais, ocorrido durante a vigência do Seguro e passível de ser indenizado de acordo com as coberturas contratados, observados os limites definidos na Apólice.

2.37. **Excedente Técnico**: saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

2.38. **Existência independente** : refere-se à condição de uma pessoa ser capaz de se valer por si mesma, sem depender de terceiros para as atividades básicas da vida. No contexto de seguros de vida, a "perda da existência independente" ocorre quando uma doença ou lesão causa uma incapacidade irreversível que impede o segurado de exercer a sua autonomia, como alimentar-se, higienizar-se e locomoção.

2.39. **Formulário de Sinistro**: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

2.40. **Foro**: No contrato de seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato; jurisdição, alçada.

2.41. **Franquia**: Quantia fixa, podendo ser em dias, definida na apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Sociedade Seguradora, dependendo das disposições do contrato.

2.42. **Grupo Segurado**: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

2.43. **Grupo Segurável**: são pessoas que têm vínculo prévio com estipulante e elegíveis a aderir ao seguro coletivo (empregados, associados, participantes).

2.44. **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.

2.45. **IOF** : Imposto sobre operações financeiras (incide sobre os contratos de seguro).

2.46. **Impotência Funcional**: Alteração ou redução da função de membro ou órgão de forma parcial, que gera prejuízo ao indivíduo

2.47. **Indenização**: valor a ser pago pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), limitado ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado.

2.48. **Início de Vigência**: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

2.49. **Internação Hospitalar**: Para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período mínimo de 12 (doze) horas em hospital.

2.50. **Invalidez Funcional Permanente por Doença**: Perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições contratuais do seguro. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.51. **Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença**: Aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.52. **Invalidez Permanente Por Acidente** : Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

2.53. **Lesão**: Termo utilizado no Direito Penal, equivalente ao "Dano Corporal" do Direito Civil.

2.54. **Liquidação do Sinistro**: pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

2.55. **Modificação de veículo**: todas as alterações no veículo de uso particular

do Segurado que são necessárias para tornar o veículo acessível para que o segurado possa guiá-lo.

2.56. **Nascituros:** serão considerados nascituros para fins desta cobertura, filhos nascidos vivos. Quando o recém-nascido respira ou mostra qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

2.57. **Natimorto:** É a designação dada ao feto que morre ainda dentro do ventre da mãe ou durante o parto.

2.58. **Neoplasia Maligna (Câncer):** doença provocada por tumor maligno (sarcomas, carcinomas, leucemias e similares) cujas características são o crescimento e a multiplicação incontrolada das células malignas e a invasão e destruição do tecido normal.

2.59. **Notificação:** é o ato por meio do qual o Segurado comunica à Seguradora, por escrito, durante a vigência da apólice, fatos ou circunstâncias potencialmente danosos, abrangidos pelo seguro, vinculando a apólice então em vigor a reclamações futuras de terceiros prejudicados.

2.60. **Prazo de suspensão :** Prazo durante o qual, no caso de não pagamento do prêmio regular, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento da indenização, nos termos da legislação vigente.

2.61. **Prazo de Tolerância :** Prazo durante o qual, no caso de não pagamento do prêmio regular, a sociedade seguradora, ocorrendo evento coberto pelo plano e observado o estipulado nas Condições Contratuais, se obriga ao pagamento da indenização, nos termos da legislação vigente.

2.62. **Período Indenizável:** período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento de indenização.

2.63. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

2.64. **Proponente:** Pessoa física interessada em contratar a cobertura (ou coberturas) ou em aderir ao contrato, no caso de contratação sob a forma coletiva

2.65. **Proposta de Adesão:** documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob a forma coletiva, nele manifestando pleno conhecimento do

regulamento e do respectivo contrato coletivo.

2.66. **Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro.

2.67. **Recálculo :** Recálculo dos valores estimados ou determinados em datas-bases anteriores, considerando bases de dados atualizadas ou metodologias e premissas distintas das utilizadas originalmente.

2.68. **Redução funcional :** Alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

2.69. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período, não havendo devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao(s) Beneficiário(s).

2.70. **Regulação de Sinistro:** Conjunto de procedimentos realizados na ocorrência de um sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.

2.71. **Reintegração do Capital Segurado:** Recomposição do capital segurado relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após ter sido efetuado o pagamento de alguma indenização ao Segurado.

2.72. **Renovação do seguro:** Ao término da vigência de um contrato de seguro, normalmente é oferecida ao segurado a possibilidade de dar continuidade ao contrato. O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive tal continuidade, é denominada renovação do contrato.

2.73. **Renovação automática:** Tipo especial de renovação dos contratos de seguro, em que não são necessários os procedimentos habituais, bastando que conste, na apólice, cláusula expressa a respeito. O contrato é prorrogado por período igual ao da vigência anterior, mantidas todas as condições, com cobrança de novo prêmio.

2.74. **Reintegração do Capital Segurado:** caso prevista, é a recomposição do capital segurado relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após ter sido efetuado o pagamento de alguma indenização ao Segurado.

2.75. **Risco coberto:** Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização,

dá origem a indenização e/ou reembolso ao segurado.

2.76. **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro, para os quais não há cobertura e que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização.

2.77. **Segurado:** Pessoa física, cuja inclusão foi aceita, que contrata ou, no caso de contratação sob a forma coletiva, adere ao plano.

2.78. **Segurado Dependente:** É o cônjuge ou companheiro(a), filhos e/ou enteados, pai, mãe, sogro e sogra do segurado, quando incluído no contrato de seguro.

2.79. **Seguradora :** Entidade devidamente autorizada a pactuar contratos de seguro, na forma da lei.

2.80. **Seguro:** Contrato mediante o qual uma pessoa denominada Segurador, se obriga, mediante o recebimento de um prêmio, a indenizar outra pessoa, denominada Segurado ou Beneficiário, previstos no contrato.

2.81. **Sinistro:** Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

2.82. **Taxa:** É o elemento necessário a fixação do prêmio.

2.83. **Término de vigência:** Data final para ocorrência de riscos previstos numa apólice de seguros.

2.84. **União Estável :** é a relação entre duas pessoas caracterizada pela convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir uma família, conforme o artigo 1.723 do Código Civil Brasileiro. Através dela é possível definir os membros através da união estável como Companheiro/Companheira.

2.85. **Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I.):** é a área especializada dentro da estrutura hospitalar, que reúne equipamentos de alta complexidade tecnológica aliada à 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

2.86. **Veículo Particular:** veículo automotor, com capacidade máxima para 9

(nove) passageiros, fabricado para andar em ruas e rodovias públicas.

2.87. **Vigência do Seguro:** período contínuo de tempo durante o qual o Seguro está em vigor.

2.88. **Vigência da Cobertura Individual:** é o período indicado no Certificado Individual em que o Segurado está coberto pelo Contrato de Seguro.

CLÁUSULA 3 - OBJETIVO DO SEGURO

3.1. O presente Seguro, por meio da Seguradora, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrência de evento coberto de acordo com as coberturas contratadas, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Contratuais do Seguro.

CLÁUSULA 4 - RISCOS COBERTOS

4.1. Serão considerados riscos cobertos os eventos que estiverem amparados pelas coberturas indicadas na Apólice de Seguro e Certificado de Seguro.

4.2. As coberturas passíveis de contratação para este Seguros das em Básicas e Adicionais.

4.3. Para efeito deste Seguro, entende-se por COBERTURAS BÁSICAS:

- a) Morte (M)
- b) Morte Acidental (MA)
- c) Auxílio Funeral (AUX)
- d) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

4.3.1. **As coberturas básicas poderão ser contratadas em conjunto ou isoladamente e o seguro somente poderá ser contratado com uma das coberturas básicas.**

4.4. Para efeito deste Seguro, entende-se por COBERTURAS ADICIONAIS:

- a) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)-Antecipação
- b) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)-Autônoma
- c) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)
- d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- e) Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA)

- f) Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP)
- g) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- h) Despesas Diversas (DD)
- i) Despesas Diversas por Acidente (DDA)
- j) Diárias de Internação Hospitalar (DIH)
- k) Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)
- l) Diárias de Internação em U.T.I (DUTI)
- m) Diárias de Internação no Exterior (DIEX)
- n) Diárias de Convalescença (DCON)
- o) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
- p) Diagnóstico de Câncer (DC);
- q) Doenças Congênita dos Filhos (DCF)
- r) Doenças Graves (DG);
- s) Renda Temporária por Incapacidade (RTI)
- t) Renda Temporária por Incapacidade decorrente de acidente Pessoal (RTIA)
- u) Rescisão Contratual por Morte (RCM)
- v) Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA)
- w) Perda de Renda por Desemprego (PRD)
- x) Adaptação de Casa e/ou Veículo (ACV)

4.4.1. A contratação de quaisquer coberturas adicionais está condicionada a contratação de ao menos uma das coberturas básicas.

4.5. Para efeito deste Seguro, entende-se por COBERTURAS SUPLEMENTARES:

- a) Inclusão automática de cônjuge (IAC);
- b) Inclusão automática de filhos (IAF);

4.6. Para cada cobertura contratada é especificado o Capital Segurado na apólice e Certificado Individual

4.7. Nas coberturas contratadas, a seguradora responde integralmente pelos prejuízos decorrentes dos riscos cobertos até o respectivo Capital Segurado

4.8. **Morte (M)**: Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do segurado por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante o período de vigência do Seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições previstas

nas condições contratuais.

4.8.1. A cobertura básica de Morte nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais e que podem ser substituídas a critério da Seguradora por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4.9. Morte Acidental (MA): Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do capital segurado contratado e estabelecido no Certificado Individual ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte acidental do segurado, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do Seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições previstas nas condições contratuais.

4.9.1. A indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e por Morte Acidental (MA) não se acumulam. Se, depois de pagar uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por Morte Acidental deverá ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

4.9.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4.9.3. A cobertura de Morte Acidental (MA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA).

4.10. Auxílio Funeral (AUX): esta cobertura, quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso de despesas ou a disponibilização dos serviços Funeral, a critério do(s) Beneficiário(s), até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, nas Condições contratuais.

Estão disponíveis 4 opções para contratação de coberturas (ou utilização do serviço) conforme contratado:

a) Se contratado o Plano Individual(PI) haverá a cobertura (ou utilização do serviço) funeral apenas ao Segurado(a);

b) Se contratado o Plano Familiar(PF) haverá a cobertura (ou utilização do serviço) funeral ao Segurado(a), seu Cônjuge/Companheiro(a) e Filho(a)(s);

c) Se contratado o Plano Familiar Estendido (PFE) haverá a cobertura (ou utilização do serviço) funeral ao Segurado(a), seu Cônjuge/Companheiro(a) , Filho(a)(s) , Pais , Mães, Sogros e Sogra.

4.101, A opção pela utilização da prestação de serviço de Funeral deve ser feita mediante solicitação expressa do(s) Beneficiário(s) ou a pessoa responsável pelo sepultamento.

4.10.2. O(s) Beneficiário(s) ou a pessoa responsável pelo sepultamento que optar(em) por utilizar a prestação de serviços Funeral, não terá(ão) qualquer direito a reembolso posterior.

4.10.3 Os eventos abrangidos pela cobertura de Auxílio Funeral(AUX), conforme opção do Beneficiário, estão dispostos abaixo:

a) **Atendimento Social:** Na ocorrência do óbito do Segurado, após a liberação do corpo pelos órgãos competentes e de acordo com os eventos cobertos, a família ou responsável deverá entrar em contato com a funerária de sua escolha, no caso de opção por reembolso. Quando da opção pela prestação de serviço, a Seguradora deverá ser contatada, que após conferir as informações, comunicará a funerária credenciada ou autorizada no município, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral. O acompanhamento de um membro da família será solicitado, caso a legislação local exija.

b) **Transporte de Familiar para a Liberação do Corpo:** No caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência e havendo a necessidade de um membro da família para liberação do corpo, quando da opção pela prestação do serviço a Seguradora fornecerá um meio de transporte mais apropriado, a seu critério. A Seguradora também fornecerá 2 (duas) diárias de hospedagem em hotel, limitado a R\$ 200,00 (duzentos) reais por diária, para uma pessoa. Qualquer importância monetária que ultrapassar este limite será de responsabilidade da família e/ou responsável pelo Segurado. Quando da opção por reembolso, esta despesa será ressarcida mediante comprovação e respeitado o Capital Segurado contratado.

c) **Funeral:** Composto pelos seguintes itens, de acordo com o limite de

despesas fixado:

- I. Urna;
- II. Higienização básica e ornamentação do corpo (com flores da estação);
- III. Coroa de flores da estação;
- IV. Véu;
- V. Paramentos e velas (cavaletes, castiçais e Cristo ,conforme região disponibilizados quando necessário e permitido pela família);
- VI. Carro fúnebre para remoção dentro do município;
- VII. Registro do óbito em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- VIII. Livro de presença (conforme disponibilidade local);
- IX. Locação de sala para velório em capelas municipais ou particulares;
- X. Taxas de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia do Segurado);
- XI. Taxa de Cremação
- XII. Locação de Jazigo (por três anos) em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

d) Em caso de opção pela prestação de serviços intermediados pela Seguradora, todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá à Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou sejam comercializados em determinadas praças.

4.10.4. Opção pela prestação de serviços.

4.10.4.1. Quando contratada a cobertura e realizada a opção pela prestação dos serviços de assistência funeral, os serviços garantidos por este Seguro serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.

4.10.4.2. Ressalta-se que a boa execução dos serviços dependerá, também, da colaboração dos familiares do Segurado, os quais deverão acionar imediatamente o serviço de assistência funeral na eventualidade do óbito do Segurado, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada para providenciar o funeral, junto aos órgãos e repartições públicas, sempre que for necessário.

4.10.5. Ao se acionar a cobertura de Auxílio Funeral (AUX), deverá ser informado o nome do Segurado falecido e o número da Apólice correspondente.

4.10.5.1 O presente Seguro não contempla a prestação dos seguintes serviços:

- a) Aquisição de jazigo ou carneiro;
- b) Cremação, para Segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço e que esteja a mais de 100km (cem quilômetros) do local onde ocorreu o óbito;
- c) Despesas extras ou não previstas no padrão de serviço contratado;
- d) Pedidos de assistência funeral ou reembolso para eventos anteriores ao início de vigência do Seguro;
- e) Exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
- f) Custos de manutenção do jazigo.

4.10.6. Não serão prestados os serviços nas localidades onde a legislação não permita que a Seguradora ou seus conveniados possam intervir.

4.11. **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** cobertura, quando contratada, garante uma indenização ao próprio segurado, proporcionalmente ao valor do capital segurado contratado e estabelecido na apólice ou Contrato de Seguros, diante das ocorrências e nos graus estabelecidos no **Anexo I – Tabela Para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Por Acidente**, parte integrante destas Condições Contratuais, quando ocorrer a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, comprovada por laudo médico e irreversível de reabilitação ou recuperação, desde que terminado o tratamento e esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação no momento de sua constatação.

4.11.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

4.11.2. **A Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam.** Se, depois de liquidada uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente

4.11.3. Após a conclusão do tratamento e verificada a existência de Invalidez

permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, que seguem na tabela constante no, **ANEXO - I, TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

4.11.4. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

4.11.5. Nos casos não especificados no **ANEXO - I, TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado

4.11.6. 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). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a da indenização prevista para sua perda total.

4.11.7. 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.

4.11.8. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata esta cobertura.

4.12. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Antecipação: cobertura, quando contratada, que garante a antecipação do pagamento de um percentual da Cobertura Morte (M) em caso de invalidez funcional permanente e total por doença do Segurado, em consequência de doença que cause a perda de sua Existência Independente. O percentual da Cobertura Morte (M) que será antecipado em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.

4.12.1. A cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

- Antecipação (IFPD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

4.12.2. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Autônoma.

4.12.3. Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação for inferior a 100% da cobertura de Morte (M), o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura de Morte (M), com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação, e as demais coberturas vigentes. Caso a antecipação seja igual a 100% da cobertura de Morte(M) o seguro será cancelado.

4.12.4. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos solicitados pela Seguradora.

4.12.5. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através do **ANEXO - II - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF**, anexo a estas Condições, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos.

4.12.6. A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica e aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

4.12.7. **Risco Coberto : Para fins desta cobertura, considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença :**

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia

grave";

b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

h) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

i) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;

j) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

k) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

l) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;

m) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4.13. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Autônoma: cobertura, quando contratada, que garante o pagamento do Capital Segurado em

caso de invalidez funcional permanente e total por doença do Segurado, em consequência de doença que cause a perda de sua Existência Independente. O percentual da Cobertura Morte (M) que será indenizado em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.

4.13.1. A cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Autônoma (IFPD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

4.13.2. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Autônoma não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Antecipação.

4.13.3. A partir do momento em que a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Autônoma for extinta, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4.13.4. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos solicitados pela Seguradora.

4.13.5. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através do **ANEXO - II - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF**, anexo a estas Condições, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos.

4.13.6. A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica e aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

4.13.7. Risco Coberto: Para fins desta cobertura, considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de

doença:

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

4.14. Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD): cobertura, quando contratada, que garante o pagamento de um percentual da cobertura Morte (M) ao próprio Segurado, em caso de Invalidez Permanente e Total por Doença, comprovada através de declaração médica, para o exercício de sua atividade laborativa principal. Considerada como tal aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento da sua constatação, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro.

4.14.1. Cobertura Adicional de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

4.14.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

4.14.3. Não podem configurar como Segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

4.14.4. O percentual da Cobertura Morte (M) que será indenizado em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.

4.14.5. Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) for inferior a 100% da cobertura de Morte (M), o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura de Morte (M), com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), e as demais coberturas vigentes. Caso a antecipação seja igual a 100% da cobertura de Morte(M) o seguro será cancelado.

4.14.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam esta cobertura.

4.15. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): cobertura, quando contratada, que garante pagamento do Capital Segurado ao próprio Segurado, relativa à perda ou a impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro.

4.15.1. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Invalidez Permanente Total

ou Parcial por Acidente (IPA).

4.15.2. A Indenização Especial por Morte Acidental (IEA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não se acumulam. Se, depois de liquidada uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente. Se a importância paga for de 100% do capital de Morte(M) o seguro será cancelado.

4.15.3. Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem na tabela constante no **ANEXO - I , TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

4.15.4. Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

4.15.5. O limite para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente será sempre igual ao Capital Segurado contratado e 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.

4.15.6. A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata esta cobertura.

4.16. **Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA):** cobertura, quando contratada, que garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado ocasionada pelo evento Acidente Pessoal, ocorrido durante a vigência do Seguro

4.16.1. As indenizações de Morte (M) e de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) se acumulam.

4.17. **Indenização Especial De Filhos Póstumos (IEFP):** cobertura, quando contratada, que garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, ocorrida durante o período gestacional, exceto se

decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Contratuais e do Contrato.

4.17.1. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Morte (M).

4.17.2. Quando o Segurado for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro aconteça até 300 (trezentos) dias corridos a começar da data da morte do Segurado, do sexo feminino.

4.17.3. Em caso de gestação múltipla, a indenização será dividida igualmente entre o número de filhos, respeitada apresentação da documentação necessária e o limite do capital segurável contratado para esta cobertura.

4.17.4. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro e Contrato do Seguro.

4.17.5. Para efeito de validade considera-se o recém-nascido, filho do Segurado, que ao nascer, respira ou demonstre qualquer outra evidência vital, tais como: batimento do coração, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos da contração voluntária.

4.17.6. A indenização será devida somente após o nascimento do filho(a) do segurado, sendo considerado o capital segurado vigente na data do falecimento do Segurado, independentemente da quantidade de nascituro(s) do período gestacional.

4.18. **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO):** cobertura, quando contratada, que garante reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente. A Seguradora indenizará por evento as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incluídas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor contratado para a referida cobertura.

4.18.1. Não estão abrangidas as despesas decorrentes de Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes e Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

4.18.2. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

4.19. **Despesas Diversas (DD):** cobertura, quando contratada, que garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura e das Condições Contratuais.

4.19.1. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte (M) e a ela se vincula, de forma que somente será devida a Indenização se caracterizado o evento relativo à cobertura de Morte (M).

4.19.2. A cobertura de Despesas Diversas (DD) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Despesas Diversas por Acidente (DDA).

4.19.3. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.20. **Despesas Diversas por Acidente (DDA):** cobertura, quando contratada, que garante ao(s) Beneficiários o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Condições Contratuais.

4.20.1. A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte (M) ou Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e a elas se vincula, de forma que somente será devida a indenização se caracterizado o evento relativo à Cobertura de Morte (M) ou Invalidez Especial de Morte por Acidente (IEA).

4.20.2. A cobertura de Despesas Diversas por Acidente (DDA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Despesas Diversas (DD).

4.21. **Diárias por Internação Hospitalar (DIH):** cobertura, quando contratada, que garante o pagamento de uma diária ou mais diárias ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante no Contrato de Seguro, para cada dia de internação hospitalar dele, em consequência de doença ou de acidente pessoal. A quantidade de diárias contratadas será definida no Contrato de Seguro e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitados os prazos de franquia e de carência previstos nos subitens 7.10.3 e 7.10.4 desta cobertura.

4.21.1. A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

4.21.2. A cobertura de Diárias por Internação Hospitalar (DIH) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar

por Acidente (DIHA).

4.21.3. Franquia: A franquia, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.21.4. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.21.5. O próprio Segurado será o Beneficiário desta cobertura. Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).

4.21.6. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas e nos comprovantes da internação hospitalar. Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro. As indenizações serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável contratado.

4.21.7. Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado, e o restante aos herdeiros do Segurado. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

4.21.8. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.22. **Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA):** cobertura, quando contratada, que garante o pagamento de uma ou mais diárias ao próprio Segurado, de acordo com o valor contratado e constante no Contrato de Seguro, para cada dia de internação hospitalar desse. Estarão cobertas somente as internações hospitalares decorrentes de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro, desde que iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.

4.22.1. A quantidade de diárias contratadas será definida no Contrato de Seguro e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado o prazo de franquia previsto no subitem 7.11.3 desta condição e a contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia

4.22.2. A cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Diárias por

Internação Hospitalar (DIH).

4.22.3. Franquia: A franquia, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.22.4. O próprio Segurado será o Beneficiário desta cobertura. Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).

4.22.5. Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado, e o restante aos herdeiros do Segurado. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

4.22.6. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.22.7. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.

4.22.8. Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro.

4.22.9. As indenizações serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável contratado.

4.23. **Diárias por Internação em U.T.I. (DUTI):** É a cobertura que garante o pagamento de uma ou mais diárias ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante no Contrato de Seguro, para cada dia de internação hospitalar do mesmo em U.T.I. (Unidade de Terapia Intensiva), em consequência de doença ou de acidente pessoal. A quantidade de diárias contratadas será definida no Contrato de Seguro e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado o prazo de carência previsto no subitem **7.12.3** desta cobertura.

4.23.1. A contratação desta cobertura está condicionada à contratação das coberturas de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e a ela se vincula, de forma que somente será devida a Indenização se caracterizado o evento relativo à cobertura de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.23.2. Caso essa cobertura esteja vinculada à cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), o evento gerador para direito à indenização condiciona-se exclusivamente ao evento acidente pessoal.

4.23.3. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.23.4. Franquia: A franquia, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.23.5. O próprio Segurado será o Beneficiário desta cobertura. Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s). A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.

4.23.6. Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado, e o restante aos herdeiros do Segurado. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge

4.23.7. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência

4.23.8. Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro.

4.23.9. As indenizações serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável contratado.

4.24. **Diárias por Internação no Exterior (DIEX):** cobertura, quando contratada, que garante o pagamento de uma ou mais diárias ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante no Contrato de Seguro, para cada dia de internação hospitalar do mesmo efetuada no exterior, em consequência de doença ou acidente pessoal. A quantidade de diárias contratadas será definida no Contrato de Seguro e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitados os prazos de franquia e de carência previstos nos subitens 7.13.3 e 7.13.4 desta cobertura.

4.24.1. A contratação desta cobertura está condicionada à contratação das

coberturas de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e a ela se vincula, de forma que somente será devida a Indenização se caracterizado o evento relativo à cobertura de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.24.2. Caso essa cobertura esteja vinculada à cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), o evento gerador para direito à indenização condiciona-se exclusivamente ao evento acidente pessoal.

4.24.3. Franquia: A franquia, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.24.4. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.24.5. Beneficiários: O próprio Segurado será o Beneficiário. Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s). A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.

4.24.6. Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado, e o restante aos herdeiros do Segurado. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

4.24.7. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.24.8. As indenizações serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável contratado.

4.25. **Diárias por Convalescença (DCON):** cobertura, quando contratada, que garante o pagamento de uma ou mais diárias ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante no Contrato de Seguro, para cada dia de internação hospitalar dele, em consequência de doença ou de acidente pessoal. O valor a ser indenizado corresponderá, após a alta hospitalar, a um percentual do valor indenizado pela cobertura de Diárias por Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.25.1. A contratação desta cobertura está condicionada à contratação das

coberturas de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) e a ela se vincula, de forma que somente será devida a Indenização se caracterizado o evento relativo à cobertura de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) ou Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA).

4.25.2. Caso essa cobertura esteja vinculada à cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), o evento gerador para direito à indenização condiciona-se exclusivamente ao evento acidente pessoal.

4.25.3. Franquia: A franquia, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.25.4. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.25.5. O próprio Segurado será o Beneficiário desta cobertura. Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).

4.25.6. Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado, e o restante aos herdeiros do Segurado. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

4.25.7. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.25.8. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.

4.26. **Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA):** cobertura, quando contratada, que garante o pagamento de uma ou mais diárias ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante no Contrato de Seguro, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta do mesmo de exercer sua profissão ou ocupação em decorrência de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o número de diárias contratadas, que será definido no Contrato de Seguro, e é limitado a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

4.26.1. As Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) são devidas a partir do primeiro dia após o término do período de franquia, observando que o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

4.26.2. A cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com as coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA).

4.26.3. A franquia que será definida no Contrato de Seguro e será contada, para cada evento, a partir da data de afastamento do Segurado da sua atividade profissional ou ocupação. Durante este período o Segurado não terá direito à cobertura contratada. O período da franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.

4.27. **Diagnóstico de Câncer (DC):** É a cobertura que quando contratada garante ao próprio Segurado a o pagamento de indenização, limitado a 100% (cem por cento), da cobertura de Morte (M) em caso de diagnóstico definitivo de qualquer das doenças neoplásicas, exceto se decorrente de risco excluído.

4.27.1. O diagnóstico definitivo de câncer deverá ser comprovado através de exames médicos, deverá ocorrer dentro de período de vigência Individual do Seguro e após o cumprimento da carência, se houver.

4.27.2. Encontra-se coberta a doença acima caracterizada, devendo seu diagnóstico preencher os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelas respectivas sociedades médicas científicas especializadas e pelo ministério da saúde e comunicado à Seguradora

4.27.3. Deve ser diagnosticado por médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso

4.27.4. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada e comunicada à seguradora. Em hipótese nenhuma haverá acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de um câncer

4.27.5. Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por diagnóstico de câncer, se o percentual previsto para a cobertura de Diagnóstico de Câncer for inferior a 100% da cobertura de Morte (M), o Seguro continuará vigorando com cobertura de Morte (M) com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Diagnóstico de Câncer e demais coberturas contratadas com o Capital Segurado originalmente contratado

4.27.6. Nenhum benefício será pago com base em diagnósticos feitos por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que estejam vivendo na mesma residência do Segurado, independente desta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde

4.27.7. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas no subitem 4.27 e seus subitens presentes nesta cobertura, a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do sinistro

4.27.8. O Segurado deverá autorizar, por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade delas

4.27.9. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico.

4.27.10. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora;

4.27.11. A Cobertura de Diagnóstico de Câncer (DC) será extinta, automaticamente, caso o Segurado receba a indenização correspondente ou quando este completar 65 (sessenta e cinco) anos de idade assim que encerrar o período do contrato vigente não sendo possível renovar com esta cobertura.

4.27.12. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de Contratação e será contado a partir do início de vigência individual.

4.28. Doenças Congênitas dos Filhos (DCF): cobertura, quando contratada, que garante o pagamento do Capital Segurado ao Segurado, em razão do nascimento de filho legítimo, com vida, portador de doença congênita, desde que diagnosticada e comprovada até o final da vigência do Seguro.

4.28.1. Para fins deste Seguro, serão consideradas como doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, sejam quais forem as suas causas.

4.28.2. A doença congênita deve ser comprovada por documentação médica pertinente até o final da vigência do Seguro, devendo, ainda, ser reconhecida pela Seguradora.

4.28.3. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatada a doença para ambos os filhos, o Capital Segurado a ser indenizado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos

4.28.4. O Segurado compromete-se a submeter o filho à perícia médica, caso

seja necessário e desde que requerido pela Seguradora.

4.29. Doenças Graves (DG): É a cobertura que quando contratada garante ao próprio Segurado o pagamento de indenização limitado a 100% do Capital Segurado contratado para a Cobertura Morte (M), quando ele apresentar qualquer uma das doenças graves ou procedimentos cirúrgicos relacionados e descritos no subitem 4.29.3 desta cobertura, respeitado o prazo de carência previsto no subitem 4.29.4 desta cobertura e as demais disposições aplicáveis.

4.29.1. A presente Cobertura Adicional será extinta, integralmente, em caso de ocorrência de uma das seguintes situações:

a) Quando a Seguradora realizar o pagamento da indenização prevista pela Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG). Neste caso o Seguro continuará vigorando somente com o valor correspondente a Cobertura Morte (M) deduzida a indenização prevista pela Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG)

b) A Cobertura de Doenças Graves (DG) será extinta, automaticamente, caso o Segurado receba a indenização correspondente ou quando o mesmo completar 70 (setenta) anos de idade assim que encerrar o período do contrato vigente não sendo possível renovar com esta cobertura

4.29.2. A partir do momento em que a Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG) for extinta, o prêmio do Seguro será recalculado em função do valor do Capital Segurado das coberturas remanescentes.

4.29.3. As doenças graves e os procedimentos cirúrgicos abrangidos por esta Cobertura Adicional correspondem, exclusivamente, aos seguintes eventos:

- a) Neoplasia Maligna (CÂNCER);
- b) Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- c) Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA);
- d) Cirurgia de Válvulas Cardíacas e de Aorta;
- e) Parkinson
- f) Alzheimer
- g) Esclerose Múltipla
- h) Insuficiência Renal Terminal
- i) Transplante de Órgãos
- j) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
- k) As sequelas neurológicas deverão ser comprovadas, por intermédio de exame(s) e de atestado médico, após transcorrido o período de 90 (noventa) dias contados a partir da data do diagnóstico do AVC.

4.29.4. Carência: O prazo de carência, quando houver, constará na Proposta de

Contratação e será contado a partir do início de vigência individual. Todo e qualquer evento caracterizado como doença grave ou procedimento cirúrgico no subitem 4.29.3 desta cobertura, destas Condições Contratuais, cuja data do seu respectivo diagnóstico ou procedimento cirúrgico se situe dentro do período de carência, não será coberto pela Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG).

4.30. Renda Temporária por Incapacidade (RTI): cobertura, quando contratada, que garante o pagamento da renda, por período indenizável a ser definido no Contrato de Seguro, o qual é limitado a no máximo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dia por evento e ano de vigência do Seguro, destinada ao Segurado que, por motivo de doença ou acidente pessoal, ficar incapacitado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Contratuais do Seguro e seus prazos de franquia previstos .

4.30.1. A cobertura de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) não poderá ser contratada, simultaneamente, com as coberturas de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA).

4.30.2. A franquia que será definida no Contrato de Seguro e será contada, para cada evento, a partir da data de afastamento do Segurado da sua atividade profissional ou ocupação. Durante este período o Segurado não terá direito à cobertura contratada. O período da franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.

4.30.3. Comprovado o desemprego involuntário, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitado ao período indenizável e/ou prazo contratado.

4.30.4. A Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora durante o período indenizável e /ou prazo contratado.

4.30.5. Nos casos em que o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias será necessário enviar à Seguradora cópia do Atestado Médico comprovando a continuidade da invalidez.

4.30.6. Comprovada a incapacidade e o direito à cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitado ao período indenizável contratado, de acordo com o período de incapacidade atestada por relatório médico.

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

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

4.30.9. Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à cobertura. Neste caso, os beneficiários do Segurado receberão a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que, em vida, o Segurado permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal laboral remunerada declarada. Após o pagamento da Renda Mensal Temporária ainda devida, passará a ser indenizada a ocorrência da morte do Segurado, através das coberturas Morte (M) ou Indenização Especial por Morte por Acidente (IEA), quando couber e de acordo com o plano contratado.

4.30.10. 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 ele permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal laboral remunerada declarada.

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

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

4.30.13. 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.

4.30.14. A Renda Mensal Temporária, para o mesmo ciclo de vigência anual da cobertura individual, em hipótese alguma será devida além do prazo e/ou período indenizável contratado para as coberturas.

4.30.15. 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.

4.31. Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA): cobertura, quando contratada, que garante o pagamento da renda contratada, por período indenizável a ser definido no Contrato de Seguro, o qual é

limitado a no máximo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dia por evento e ano de vigência do Seguro, destinada ao Segurado que, por motivo de acidente pessoal coberto, ficar incapacitado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Contratuais do Seguro e seu prazo de franquia

4.31.1. A cobertura de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com as coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA).

4.31.2. A franquia que será definida no Contrato de Seguro e será contada, para cada evento, a partir da data de afastamento do Segurado da sua atividade profissional ou ocupação. Durante este período o Segurado não terá direito à cobertura contratada. O período da franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.

4.31.3. Comprovado o desemprego involuntário, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitado ao período indenizável e/ou prazo contratado.

4.31.4. A Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora durante o período indenizável e /ou prazo contratado.

4.31.5. Nos casos em que o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias será necessário enviar à Seguradora cópia do Atestado Médico comprovando a continuidade da invalidez.

4.31.6. Comprovada a incapacidade e o direito à cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitado ao período indenizável contratado, de acordo com o período de incapacidade atestada por relatório médico.

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

4.31.8. Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à cobertura. Neste caso, os beneficiários do Segurado receberão a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que, em vida, o Segurado permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal laboral remunerada declarada. Após o pagamento da Renda Mensal Temporária ainda devida, passará a ser indenizada a ocorrência da morte do Segurado, através das coberturas Morte (M) ou Indenização Especial por Morte por Acidente (IEA), quando

couber e de acordo com o plano contratado.

4.31.9. 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 ele permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal laboral remunerada.

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

4.31.11. O Segurado não terá direito à cobertura se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal laboral remunerada por período igual ou inferior ao período de franquias.

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

4.31.13. A Renda Mensal Temporária, para o mesmo ciclo de vigência anual da cobertura individual, em hipótese alguma será devida além do prazo e/ou período indenizável contratado para as coberturas.

4.32. **Rescisão Contratual por Morte (RCM):** cobertura, quando contratada, que garante o pagamento do Capital Segurado ao Estipulante, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho em caso de morte do Segurado ocorrida durante a vigência do Seguro, comprovados o vínculo empregatício e as despesas rescisórias.

4.32.1. Não serão cobertos os falecimentos em decorrência de acidentes de trabalho, salvo se o Estipulante comprovar a isenção de culpabilidade direta ou indireta

4.32.2. O valor da indenização será limitado ao Capital Segurado contratado, independentemente do valor total das verbas rescisórias em função do falecimento do Segurado

4.32.3. A cobertura de Rescisão Contratual por Morte (RCM) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA).

4.33. **Perda de Renda por Desemprego (PRD):** cobertura, quando contratada, que garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado, quando da

perda de emprego do Segurado. Os pagamentos serão realizados mensalmente, durante o prazo definido no Contrato, limitados ao período durante o qual o Segurado permanecer desempregado e observados os períodos de carência e franquia, se houver.

4.33.1. A demissão deverá ter ocorrido sem justa causa, e não poderá ser decorrente de pedido de demissão pelo Segurado. Para fazer jus à cobertura, o Segurado deverá comprovar a permanência no último emprego pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos

4.33.2. O Segurado deverá comprovar a perda de emprego do Trabalho Formal, sendo este a Atividade principal, por meio da Declaração de Imposto de Renda

4.33.3. O Segurado deverá ser trabalhador formal, contratado por meio de contrato de trabalho registrado em carteira profissional (CTPS) no regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou investido em cargo público sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), no qual não há estabilidade no emprego

4.33.4. A perda do emprego deverá estar relacionada à Atividade Principal do Segurado, não havendo cobertura quanto aos demais empregos que não o principal, quando existirem

4.33.5. A cobertura Adicional de Perda de Renda por Desemprego (PRD) não é extensiva aos Segurados Dependentes

4.33.6. Esta cobertura está sujeita a carência e franquia estabelecida no Contrato. Após o cumprimento da franquia estabelecida no Contrato, o Segurado deverá comprovar que permanece desempregado

4.33.7. Importante: Esta cobertura só poderá ser contratada por profissionais que contenham vínculo empregatício

4.33.8. Franquia: A cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD) está sujeita a quantidade de dias de franquia estabelecida no Contrato de Seguro. O período de franquia nunca será superior a 30 (trinta) dias

4.33.9. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente

4.33.10. Comprovado o desemprego involuntário, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, limitado ao período indenizável e/ou prazo contratado

4.33.11. A Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora durante o período indenizável e /ou prazo contratado

4.33.12. Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à cobertura. Neste caso, os beneficiários do Segurado receberão o capital segurado, ainda não indenizado, limitado ao prazo definido no contrato. Após o pagamento do capital segurado ainda devido, passará a ser indenizada a ocorrência da morte do Segurado, através das coberturas Morte (M), quando couber e de acordo com o plano contratado.

4.34. **Adaptação De Casa E/Ou Veículo (ACV):** cobertura, quando contratada, que garante o reembolso das despesas ocorridas com a adequação da residência regular do Segurado ou em seu veículo particular, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso o Segurado venha, por indicação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, por causa de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos destas Condições Contratuais.

4.34.1. As despesas com a referida adequação acima, têm de ter ocorrido em até 18 (dezoito) meses a contar da data do acidente coberto, ocorrido no período de vigência da apólice.

4.35. **Inclusão Automática de Cônjuge (IAC):** Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir o cônjuge/companheiro(a) do segurado, garantindo o pagamento de capital segurado contratado aos Beneficiários, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.

4.35.1. Esta cobertura possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o Segurado:

- a) Morte (M)
- b) Morte Acidental (MA),
- c) Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA)
- d) Auxílio Funeral (AUX),
- e) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)
- f) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

4.35.2. Conforme especificado no Contrato de Seguro, a inclusão de cônjuge será de forma automática

4.35.3. Os(as) companheiros(as) dos Segurados principais, que já se encontravam separados judicialmente, ou de fato, quando contrataram o seguro, serão equiparados aos cônjuges

4.35.4. O Capital Segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por

cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado, sendo ratificado no Contrato de Seguro.

4.35.5. Os prêmios relativos aos Segurados dependentes serão pagos pelo Segurado junto com os prêmios de suas próprias coberturas

4.35.6. Além das hipóteses previstas no Risco Excluídos deste condição contratual, esta cobertura cessa:

- a) Com o cancelamento desta cobertura;
- b) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a cobertura contratada para o Segurado ;
- c) Com o pagamento de capital Segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
- d) Na ocorrência de separação judicial/de fato ou divórcio;
- e) No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, quando se tratar de companheiro(a);
- f) Dissolução da união estável;
- g) Com a morte do Segurado ou cônjuge/companheiro(a), sua invalidez permanente total por acidente ou sua invalidez funcional permanente e total por doença; e
- h) Com a inclusão do Segurado dependente como Segurado em outra apólice deste mesmo plano de seguro.

4.35.7. Para efeito desta cobertura, o Beneficiário será:

- a) O(a) próprio(a) Segurado(a), para eventos decorrentes da morte do cônjuge/companheiro(a);
- b) Para as demais coberturas que possam existir, o próprio cônjuge/companheiro(a).

4.36. **Inclusão Automática de Filhos (IAF):** Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir todo(s) o(s) filho(s) do Segurado, garantindo o pagamento do capital Segurado contratado ao(s) Beneficiário(s) do seguro, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, ocorrido durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.

4.36.1. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – (IAF) possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o Segurado:

- a) Morte (M);
- b) Morte Acidental (MA);
- c) Auxílio Funeral (AUX),

4.36.2. A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF fica condicionada à contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge – IAC.

4.36.3. Serão considerados os filhos conforme regulamento do imposto de renda:

- a) Menores, até 18 (dezoito) anos,
- b) Entre 18 (dezoito) e 21(vinte e um) anos, desde que sejam dependentes do segurado principal; para fins legais;
- c) Até 24 (vinte e quatro) anos, se universitário ou cursando escola técnica;
- d) Qualquer idade, se for considerado incapaz (física ou mentalmente) para o trabalho;
- e) Os enteados, observadas as mesmas condições para os filhos;
- f) Qualquer disposição diferente desta deverá ser definido no Contrato de Seguro,

4.36.4. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal.

4.36.5. Em caso de morte do filho, a indenização será devida ao Segurado Principal

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

4.36.7. Além das hipóteses previstas no Risco Excluídos deste condição contratual, esta cobertura cessa:

- a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado,
- b) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;
- c) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa; ou,
- d) com o cancelamento da cláusula suplementar de inclusão do cônjuge mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado,

4.36.8. Para as cláusulas suplementares aplicam-se as regras:

4.36.9. Quando previsto no Contrato de Seguro, poderão ser incluídos no Seguro, como segurados dependentes, os cônjuges e filhos do Segurado Principal.

4.36.10. Conforme especificado no Contrato de Seguro, a inclusão de dependentes no Seguro poderá ser feita por Adesão Automática, quando abranger os dependentes de todos os segurados principais;

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

4.36.12. Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal

4.36.13. Quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal

4.36.14. O Capital Segurado do cônjuge, não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro

4.36.15. O Capital Segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro

4.36.16. Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas

4.36.17. Os prêmios relativos aos segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal junto com os prêmios de suas próprias coberturas

CLÁUSULA 5 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) De qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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.

- b) De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.
- c) De ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante legal de um ou de outro. No caso de seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários, e pelos respectivos representantes.
- d) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes.
- e) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- f) De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências.
- g) Do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual;
- h) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, excetuando-se os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) De furacões, tufões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas.
- j) De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.
- k) De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto.
- l) De hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

5.2. Além dos riscos excluídos mencionados no item 5.1, estão também

expressamente excluídos das coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA Majorada), Diárias por Internação Hospitalar Decorrente de Acidente Pessoal (DIHA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Renda por Incapacidade Temporária por Acidente (RITA) e Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia).**
- b) Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;**
- c) Tratamento odontológico e ortodôntico mesmo que em consequência de acidente pessoal;**
- d) Lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;**
- e) Internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão "acidentes vasculares cerebrais";**
- f) Qualquer tratamento de doença e suas consequências que não decorra de acidente pessoal coberto;**
- g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos;**
- h) Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas, ou qualquer outro não reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina.**
- i) Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados a uso ou dependência de álcool ou drogas;**
- j) Internação domiciliar;**
- k) Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo; e**
- l) Procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório.**

5.3. Além dos riscos excluídos mencionados no item 5.1 estão também expressamente excluídos da cobertura de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) os eventos ocorridos em consequência 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, mesmo que ocasionadas por acidente pessoal.**
- d) **Qualquer afastamento ou tratamento médico, cirúrgico ou dentário não decorrentes de acidente pessoal coberto e suas consequências.**
- e) **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.**
- f) **Afastamentos relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas.**
- g) **Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses.**
- h) **Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou endocrinológicos com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências.**

5.4. **Além dos riscos mencionados no item 5.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD), eventos ocorridos em consequência de:**

- a) **De jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;**
- b) **De renúncia ou perda voluntária do emprego;**
- c) **De trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;**
- d) **De término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive estágios;**
- e) **De demissão por justa causa, no caso de empregados trabalhando sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho;**
- f) **De exoneração ocorrida em função de prática irregular, conforme previsto no estatuto que rege o funcionalismo público federal, estadual ou municipal a qual pertence o Segurado;**
- g) **De desligamento de cargo de confiança em empresa pública, fundação ou órgão público;**

- h) De campanhas de demissão em massa. Para fins deste Seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10 (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês;**
- i) De perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um no mesmo período;**
- j) De trabalhador sem vínculo trabalhista formal com o empregador através de Carteira de Trabalho assinada, de acordo com as Consolidações das Leis do Trabalho, de forma contínua e ininterrupta por pelo menos um ano, ou não trabalhando regularmente como servidor público concursado, na função para a qual foi aprovado no concurso público ao qual concorreu e já tendo terminado o estágio probatório.**
- k) Estão ainda excluídas da cobertura, as pessoas que exercem os seguintes tipos de atividade:**
 - a) atividades em regime complementar de trabalho, ou como "horistas";**
 - b) estágio probatório ou sob contrato temporário de trabalho;**
 - c) estágio escolar;**
 - d) trabalho como profissional autônomo;**
 - e) donos de empresa, sócios ou diretores, que tenham como fonte de remuneração o pró-labore;**

5.5. Além dos riscos mencionados, estão também expressamente excluídos das coberturas decorrentes de acidentes pessoais os eventos ocorridos em consequência:

- a) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- b) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as 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;**
- c) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**

- d) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares 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
- e) 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.

5.6. Os riscos previstos por morte ou a incapacidade somente estarão cobertos nos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

CLÁUSULA 6 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. As coberturas do Seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto para as coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), **que se aplicam apenas para eventos ocorridos em território nacional.**

6.2. Este contrato, bem como todas as relações dele decorrentes, serão regidos e interpretados de acordo com a legislação brasileira.

CLÁUSULA 7 - CARÊNCIA

7.1. O período de carência, quando previsto, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido na Proposta de Adesão e Certificado Individual.

7.2. Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio que deverá ser respeitada uma carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual, exceto os ocasionados em razão de grave ameaça ou de

legítima defesa de terceiro.

7.3. A carência será aplicada em relação a parte aumentada do capital segurado efetuadas após o início da vigência individual.

7.4. Em caso de renovação da apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

7.5. O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Contratuais.

CLÁUSULA 8 - FRANQUIA

8.1. As franquias, quando previstas, serão definidas na Proposta de Adesão e Certificado Individual.

8.2. A cobertura de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), está sujeita à franquia. A franquia não será paga pela Seguradora e nunca poderá ser superior a 15 (quinze) diárias.

8.3. As coberturas de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) e Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), estão sujeitas à franquia que constará na apólice

8.4. A franquia é dedutível por evento, exceto se o Segurado voltar a se afastar em decorrência do mesmo evento dentro de sessenta dias contados da cessação do benefício anterior, nesse caso o Segurado não está sujeito ao cumprimento de nova franquia.

CLÁUSULA 9 - FORMA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

9.1. Este seguro deverá ser contratado por meio de apólice coletiva, destinada a garantir coberturas securitárias para grupos de pessoas físicas vinculadas ao Estipulante ou Sub-estipulante. A contratação de seguros por meio de apólice coletiva será realizada mediante Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante e, se houver, pelo Sub-estipulante e os vínculos devem ser anterior a Proposta e não securitário.

9.2. A adesão do Segurado à Apólice coletiva deverá ser realizada mediante a assinatura da Proposta de Adesão, após tomar conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais.

- 9.3. As alterações durante a vigência do Seguro serão realizadas mediante assinatura da respectiva Proposta de Contratação e posterior formalização por meio de endosso à Apólice coletiva.

CLÁUSULA 10 - ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO SEGURO

- 10.1. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.
- 10.2. A proposta de adesão deverá ser apresentada, com o devido preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal ou pelo corretor de seguros. A Seguradora tem o prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data de protocolo na Seguradora para aceitação ou recusa do risco.
- 10.3. **O prazo de 25 (vinte e cinco) dias será suspenso, quando a Seguradora verificar que as informações contidas na proposta de contratação são insuficientes e solicitar a apresentação de informações, declarações, exames médicos ou documentação complementar para auxiliar na avaliação do risco. A contagem do prazo de 25 (vinte e cinco) dias voltará a reiniciar no dia imediatamente seguinte em que for apresentado o que foi solicitado.**
- 10.4. Não havendo manifestação da Seguradora no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, o risco estará automaticamente aceito. A não aceitação da proposta de contratação será formalmente comunicada, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, com justificativa da recusa.
- 10.5. Na proposta deverão ser prestadas todas as informações sobre o risco que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro.
- 10.6. A emissão e disponibilização da Apólice/Certificado dentro do prazo de análise da Proposta materializa a sua aceitação pela Seguradora.
- 10.7. A não aceitação da Proposta de Contratação ou da Proposta de Adesão será comunicada ao Proponente por escrito, acompanhada da justificativa da recusa. Em caso de aceitação da Proposta de Contratação, a Seguradora e o Estipulante deverão proceder à assinatura do Contrato Coletivo.
- 10.8. Haverá cobertura provisória para sinistros ocorridos durante o prazo de análise, a partir do início de vigência declarado na proposta.

10.8.1. Havendo a recusa da Proposta de Contratação ou de Adesão, a cobertura provisória cessará imediatamente após a comunicação formal

da recusa pela Seguradora. Nesse caso, a diferença entre o valor pago pelo Proponente e o valor correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória será restituída ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa. Caso não tenha sido efetuado o pagamento de nenhum valor antecipadamente, poderá a Seguradora cobrar o prêmio “pró-rata dia” referente ao período de cobertura provisória.

10.9. Em caso de aceitação da proposta, a Seguradora irá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência do Seguro.

10.10. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do acidente.

10.11. Poderão ser incluídos no seguro todas as pessoas físicas do grupo segurável, que preencham as condições de elegibilidade estabelecidas na Proposta de Contratação, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão.

10.12. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio eventualmente pago referente ao período a decorrer.

10.13. Poderão ser incluídos no Seguro, como segurados dependentes, o cônjuge, filhos, pai, mãe, sogro e sogra do Segurado Principal, a depender da cobertura contratada.

10.13.1. A inclusão de dependentes no Seguro poderá ser feita das seguintes formas:

Adesão Automática: para a inclusão de cônjuge e filhos dos segurados principais; ou

Adesão Facultativa: para a inclusão de pais, mães, sogros e sogras, quando estes o autorizarem, especificamente para Auxílio Funeral (AUX):

a) A inclusão dos pais, mães, sogros e sogras deve ser feita apenas de forma facultativa.

b) Na contratação de forma facultativa, o segurado principal deverá fornecer, obrigatoriamente, informações sobre o segurado dependente como o nome completo, número único de identificação e grau de parentesco.

10.14. Os(as) companheiros(as) dos Segurados principais, que já se encontravam separados judicialmente, ou de fato, quando contrataram o seguro, serão

equiparados aos cônjuges.

- 10.15. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais do mesmo grupo Segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal.
- 10.16. O Capital Segurado dos segurados dependentes não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.
- 10.17. Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas de funeral, seja na condição de Segurado Principal ou Dependente.
- 10.18. Os prêmios relativos aos segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal junto com os prêmios de suas próprias coberturas.
- 10.19. **Inclusão Automática de Cônjuge:** Desde que contratadas para o segurado principal, fica facultada a contratação das seguintes coberturas para o Cônjuge do Segurado: Morte(M), Morte Acidental (MA), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Auxílio Funeral (AUX) , Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).
- 10.20. **Inclusão Automática de Filhos:** Desde que contratadas para o segurado principal, fica facultada a contratação das seguintes coberturas para os Filhos do Segurado: Morte(M), Morte Acidental (MA) e Auxílio Funeral (AUX)
- 10.21. A inclusão automática de filhos fica condicionada à inclusão automática de cônjuge
- 10.22. São considerados filhos do Segurado Principal, **para fins deste Seguro**, os seguintes dependentes econômicos:
- a) o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
 - b) filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24(vinte e quatro) anos;
 - c) menor, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
 - d) irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um) anos, desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho

- e) irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 (vinte e um) anos até 24 (vinte e quatro) anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 (vinte e um) anos;
- f) O absolutamente incapaz, do qual o Segurado principal seja tutor ou curador.

10.23. O Beneficiário do dependente cônjuge será o próprio Segurado principal, para eventos decorrentes de morte;

10.24. Para os demais casos, o beneficiário será aquele indicado e na sua ausência, serão considerados os beneficiários na forma da lei.

CLÁUSULA 11 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 11.1. O início e término da vigência do seguro, se darão às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no Certificado Individual.
- 11.2. O Seguro tem vigência por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento desde que comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência, sem devolução dos prêmios pagos de acordo com a forma contratada nos termos do Contrato de Seguro.
- 11.3. A renovação automática do Seguro poderá ocorrer de forma sucessiva estendendo-se além da primeira renovação, preservando as informações da vigência anterior.
- 11.4. A renovação automática do seguro não será realizada nas seguintes hipóteses:
 - 11.4.1. Caso o Segurado comunique à Seguradora o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio antes do final de vigência do seguro
 - 11.4.2. Caso a Seguradora comunique ao Segurado o desinteresse na renovação, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do final de vigência do seguro.
- 11.5. No caso de renovação do seguro, não será iniciado novo prazo de carência, exceto se houver solicitação para aumento de capital segurado
- 11.6. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do seguro, se este não for renovado.
- 11.7. Qualquer modificação na apólice vigente que implicar em ônus ou dever

para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado ou seu(s) representante(s).

CLÁUSULA 12 - ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

- 12.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre as partes.
- 12.2. Caso a alteração na Apólice coletiva implique ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, a referida alteração dependerá da concordância expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, ratificada pelo correspondente endosso.
- 12.3. Quando a alteração não implicar ônus, dever ou redução de direitos aos segurados, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.
- 12.4. Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Adesão. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro Novo, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora.

CLÁUSULA 13 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 13.1. O custeio do Seguro será:
 - a) **Contributário**, em que os Segurados pagam o prêmio, total.
 - b) **Parcialmente contributário**, em que os Segurados pagam parte do prêmio e o Estipulante paga a outra parte
 - c) **Não contributário**, em que os Segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante
- 13.2. No caso de seguro contributário, mediante acordo, o Estipulante poderá se responsabilizar pelo recolhimento e o repasse dos prêmios à Seguradora, conforme as condições estabelecidas no Contrato Coletivo. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará os Segurados
- 13.3. Não será cobrado qualquer valor que exceda ao destinado ao custeio do Seguro. Quando houver cobrança aos segurados de outros valores devidos ao Estipulante juntamente com o prêmio, é obrigatório que esses valores

constem discriminados e em apartado no documento de cobrança do prêmio

- 13.4. O prêmio do seguro poderá ser único ou periódico, a ser pago em parcela única, à vista ou de modo fracionado, de acordo com o estabelecido na contratação e na Proposta de Adesão do seguro
- 13.5. A forma de pagamento, periodicidade e juros, quando aplicável, deverão constar na Proposta de Contratação. A data limite para pagamento será especificada no documento de cobrança.
- 13.6. Se a data de vencimento cair em um dia que não haja expediente bancário, como feriados ou fins de semana, é permitido realizar o pagamento no dia útil subsequente, não implicando em qualquer penalidade ou em atraso no pagamento.
- 13.7. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado o seu pagamento, o direito à indenização não ficará prejudicado, mas ficará condicionado ao pagamento do prêmio em aberto.
- 13.8. Quando a forma de cobrança do prêmio for por meio de desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante solicitação escrita do Segurado. A ausência de repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante não poderá causar qualquer prejuízo ao segurado ou respectivos beneficiários no que se refere às coberturas do Seguro.
- 13.9. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios, o débito efetuado em conta bancária, em cartão de crédito, o recibo de pagamento bancário, devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.
- 13.10. A data para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma das parcelas é o dia de vencimento estipulado no documento de cobrança.

CLÁUSULA 14 - FALTA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

- 14.1. Se o pagamento da primeira parcela do prêmio do seguro ou do valor total em caso de prêmio único à vista não ocorrer até a data de seu vencimento, não estará caracterizada a efetivação do Seguro. Nesse caso, o Segurado não terá direito a qualquer tipo de cobertura ou indenização.

- 14.2. Na hipótese de inadimplência de qualquer parcela mensal posterior à primeira, a Seguradora notificará o Segurado sobre as parcelas de prêmio pendentes, bem como sobre a incidência de juros e atualização monetária aplicáveis, concedendo prazo não inferior a 15 dias contados do recebimento da notificação, para pagamento dos valores.
- 14.3. Será concedido prazo de tolerância de até 90 dias, contados da data de vencimento da primeira parcela não paga, para a regularização dos débitos em atraso.
- 14.4. Por liberalidade da Seguradora, os sinistros ocorridos dentro do período de tolerância serão cobertos, com a respectiva cobrança do prêmio devido. A Seguradora poderá compensar da indenização o valor do prêmio em aberto, acrescido de juros de mora e atualização monetária, quando cabível.
- 14.4.1. Ultrapassado o prazo de 90 (noventa) dias após a última notificação do Segurado ou do Estipulante quanto às parcelas pendentes, e não tendo o Segurado efetuado o pagamento das parcelas em atraso, o Seguro será automaticamente cancelado, sem direito a qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos.**

CLÁUSULA 15 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 15.1. Aplicabilidade decorrido prazo de pagamento da indenização:
- 15.1.1. O capital segurado passa a ser atualizado pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, pro rate die, calculado a partir da data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, com a aplicação de juros de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos. O não pagamento do Prêmio na forma e no prazo previstos, implicará na aplicação de juros de mora conforme a taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic), deduzido o índice de atualização monetária, conforme o art. 406, §1º, do Código Civil, a partir do primeiro dia de descumprimento do prazo até o efetivo pagamento além de sua atualização monetária pelo índice IPCA/IBGE, calculado a partir da data em que se tornar exigível até a data do efetivo pagamento.
- 15.2. Aplicabilidade em devoluções de prêmios:
- 15.2.1 Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmios

sujeitam-se a atualização monetária mediante a aplicação do índice IPCA/IBGE , a partir da data em que se tornarem exigíveis até a data da efetiva devolução.

a) Considera-se a data de exigibilidade para fins de atualização de valores em decorrência de devolução de prêmio:

g) no caso de cancelamento do Seguro por iniciativa do segurado, a partir da data do recebimento da solicitação do cancelamento pela Seguradora. E no caso de o cancelamento ocorrer por iniciativa da Seguradora, a partir da data do efetivo cancelamento;

b) no caso de recebimento indevido de prêmio, a partir da data de recebimento do prêmio.

15.2. Aplicabilidade em capitais segurados:

a) Os Capitais Segurados, as Diárias Seguradas e os prêmios serão atualizados a cada período de 12 (doze) meses na data de aniversário da apólice do Seguro, com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

b) Nas apólices de Seguro cujos Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o Estipulante comunicar à Seguradora.

c) A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.

15.3. Na eventualidade de ser extinto o IPCA/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

15.4. Os índices e o período de correção poderão ser alterados por força de lei ou regulatória pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

CLÁUSULA 16 - RECÁLCULO DA(S) TAXA(S) DO SEGURO

16.1. Seguradora efetuará, na data estabelecida no Contrato de Seguro, avaliações da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com

base nos sinistros verificados no decorrer de vigência do seguro e nos prêmios efetivamente recebidos.

- 16.2. Havendo necessidade de ajustes na taxa do seguro, a nova taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário do seguro e o Segurado será comunicado previamente, com, no mínimo, 90 (noventa) dias de antecedência do final da vigência do seguro.
- 16.3. Alterações em periodicidades diferentes poderão ser feitas desde que previstas no Contrato de Seguro .

CLÁUSULA 17 – CAPITAL SEGURADO

- 17.1. Na contratação do Seguro, deverá ser escolhida uma das modalidades de Capital Segurado , apresentadas abaixo.
- a) Uniforme : O Capital Segurado é igual para todos os Segurados;
- b) Múltiplo Salarial : O Capital Segurado é resultante da multiplicação do salário mensal do Segurado pelo fator contratado.
- c) Livre Escolha : O Capital Segurado é escolhido no ato da assinatura da Proposta de Contratação e/ou Adesão , quando houver.
- 17.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação do sinistro, será considerado a data do evento.

CLÁUSULA 18 - BENEFICIÁRIO(S)

- 18.1. O(s) Beneficiário(s) do Seguro será(ão) aquele(s) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.
- 18.2. Na falta de indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles indicados por lei.
- 18.3. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários recebida pela Seguradora. Caso o segurado não dê ciência à Seguradora da sua intenção de substituição de seu(s) Beneficiário(s) na forma prevista, o pagamento será realizado aos últimos Beneficiários indicados pelo segurado.
- 18.4. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)-Antecipação ,

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)-Autônoma , Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar (DIH), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias de Internação UTI por Acidente (DUTI), Diárias de Internação no Exterior (DIEX), Diárias de Convalescença por Acidente (DCON) , Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Diagnóstico de Câncer (DC), Doenças Congênitas dos Filhos (DCF), Doenças Graves (DG); Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) , Perda de Renda por Desemprego (PRD), Adaptação de Casa e/ou Veículo (ACV), o próprio Segurado será o Beneficiário.

- 18.5. Para coberturas de Morte (M) , Morte Acidental (MA) ,Indenização Especial por Acidente (IEA), Auxílio Funeral (AUX) ,o(s) Beneficiário(s) serão os descritos conforme item 22.1 ou em sua ausência pelo item 18.2
- 18.6. Para cobertura de Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Rescisão Contratual por Morte por Acidente (RCMA) o beneficiário é o Estipulante
- 18.7. Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito aos Beneficiários indicados e na sua ausência.
- 18.8. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os Beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

CLÁUSULA 19 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 19.1. O Capital Segurado das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) somente serão reintegrados em caso de invalidez parcial, e a reintegração será automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.
- 19.2. Em caso de invalidez permanente total por acidente, não haverá reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e o Seguro será automaticamente cancelado
- 19.3. A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas adicionais de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias por Internação Hospitalar (DIH) ,Diárias por Internação em U.T.I (DUTI), Diárias por Internação no

Exterior (DIEX), Diárias por Convalescença (DCON) e Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional

- 19.4. A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) , não é reintegrado automaticamente após o nascimento de um filho com doença congênita. Após o pagamento integral do Capital Segurado da cobertura, esta é automaticamente cancelada e o Seguro permanece vigente com as demais coberturas contratadas, tendo o prêmio recalculado em função do Capital Segurado das coberturas remanescentes
- 19.5. A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) não é reintegrado automaticamente após cada evento, pois por ciclo de vigência anual da cobertura individual, os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável definido na contratação do seguro
- 19.6. Perda de Renda (PRD) é necessário que se comprove, pelo menos, 12 (doze) meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador, entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.
- 19.7. Não haverá possibilidade de reintegração do capital Segurado relativo às demais coberturas.

CLÁUSULA 20 - COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 20.1. Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado deverá comunicar a ocorrência do sinistro à Seguradora, informando todas as circunstâncias do evento, tão logo tome conhecimento, devendo adotar as providências imediatas para minorar suas consequências, observado o disposto na Cláusula "Perda de Direitos", encaminhando todos os documentos básicos exigidos para cada tipo de cobertura.
- 20.2. **Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadraram nas coberturas previstas na apólice.**

- 20.3. A comunicação feita por carta registrada ou outro meio disponibilizado pela Seguradora não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à Seguradora.
- 20.4. O prazo máximo para a liquidação do Sinistro é de 30 (trinta) dias, para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de decair do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.
- a) Após reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado.
- 20.5. **Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos nas cláusulas 20.9 e 20.10 e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 20.4 desta Cláusula será suspenso por no máximo 2 (duas) vezes, voltando a correr a partir do dia útil subsequente ao recebimento pela Seguradora dos documentos e informações complementares. Caso o capital segurado a ser indenizado não seja superior a 500 (quinhentos) salários mínimos vigentes a suspensão do prazo será de 1 (uma) vez.**
- 20.6. Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 20.7. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 20.8. Para liquidação de sinistro é necessário o envio, pelo Segurado ou Beneficiário, à Seguradora, dos documentos básicos abaixo indicados de cada cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas.
- 20.9. **Para todos os casos de sinistro, a ocorrência será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos básicos do Segurado:**
- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora, e devidamente preenchido em todos os seus campos.

- b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado e quando menor de 18 anos, a Certidão de Nascimento;
- c) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado
- d) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;

20.10. **Documentos básicos do(s) Beneficiário(s):**

- a) Cópia do comprovante de residência do Beneficiário, independentemente de qual seja o Beneficiário descrito nos itens abaixo:
 - a.1) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito, Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;
 - a.2) Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento e Formulário de autorização de pagamento;
 - a.3) Filhos: Certidão de Nascimento ou cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e Formulário de autorização de pagamento;
 - a.4) Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento; e
 - a.5) Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito, se houver o evento.
 - a.6) Declaração de únicos Herdeiros: caso o Segurado não tenha indicado seu(s) Beneficiário(s), em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente com a documentação do(s) respectivo(s) Beneficiário(s).
 - a.7) Na ausência de Beneficiário(s) indicado(s) e se houver filhos, Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do Segurado, se os filhos forem os Beneficiários.

20.11. Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, documento emitido por Médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização

20.12. Para acionamento da Cobertura Morte (M) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;

- b) Cópias dos exames que diagnosticaram as doenças que levaram o segurado a óbito;
- c) Laudo do médico que acompanhou o segurado informando o prognóstico das doenças e os tratamentos realizados com datas de início e fim destes acompanhamentos.

20.13. Para acionamento da Cobertura Morte Acidental (MA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

20.14. Para acionamento da Cobertura Auxílio Funeral (AUX) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) no item 20.10:

- a) Reembolso de Despesas com Funeral;
- b) Originais dos comprovantes das despesas com Funeral;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral.
- d) Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

20.15. Reembolso de Despesas com Locação de Jazigo:

- a) Cópia do Contrato de locação do Jazigo;
- b) Originais dos comprovantes das despesas com a locação do jazigo;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência

e telefone (incluindoDDD) do responsável pela locação do Jazigo.

20.16. **Reembolso de Despesas com Repatriamento do Corpo:**

- a) Cópia autenticada do documento oficial comprobatório do repatriamento do corpo;
- b) Originais dos comprovantes das despesas com o repatriamento do corpo;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindoDDD) do custeador das despesas com o repatriamento;
- d) Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópiadas Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

20.17. Para menores de 14 (quatorze) anos, somente está previsto o reembolso de despesas com funeral, não estando previsto o reembolso de despesas com locação ou compra de jazigo ou repatriamento de corpo.

20.18. A documentação informada acima é básica, podendo ser solicitados outros documentos complementares.

20.19. **Para acionamento da Cobertura Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:**

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez, esclarecendo os questionamentos no formulário de Aviso de Sinistro, na ausência do envio do mesmo;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e Cópia do comprovante de residência do Segurado.
- h) Cópias dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente;

- i) Laudo dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente.

20.20. Para acionamento da Cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)-Antecipação a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.), informando a data de início da invalidez conforme diagnosticada na Declaração Médica, e descrição do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;
- b) Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por médico habilitado;
- c) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e por Médico habilitado, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível
- e) Laudos e exames médicos;
- f) Documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

20.21. Para acionamento da Cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)-Autônoma a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.), informando a data de início da invalidez conforme diagnosticada na Declaração Médica, e descrição do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;

- b) Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por médico habilitado;
- c) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e por Médico habilitado, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível
- e) Laudos e exames médicos;
- f) Documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

20.22. Para acionamento da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) no item 20.10:

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Resultados de todos os exames realizados e boletins médicos do Segurado (original), bem como declaração médica do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunção e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do exercício da atividade laborativa;
- c) Documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- e) Extrato contendo a informação sobre o saldo devedor no mês da ocorrência do sinistro.

20.23. Para acionamento da Cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) no item 20.10:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);

- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez, esclarecendo os questionamentos no formulário de Aviso de Sinistro, na ausência do envio do mesmo;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e Cópia do comprovante de residência do Segurado.
- h) Cópias dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente;
- i) Laudo dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente

20.24. Para acionamento da Cobertura Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- f) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- g) Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do segurado, se os filhos forem os Beneficiários;
- h) Cópias dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente;
- i) Laudo dos exames que diagnosticaram as sequelas deixadas pelo acidente

20.25. Para acionamento da Cobertura Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade

pelo Segurado seja conhecida e registrada;

b) Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho;

20.26. Para acionamento da Cobertura Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);

b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;

c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

d) Recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;

e) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

20.27. Para acionamento da Cobertura Despesas Diversas (DD) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);

b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;

c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

d) Recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;

e) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado

20.28. Para acionamento da Cobertura Despesas Diversas por Acidente (DDA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- d) Recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;
- e) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado

20.29. Para acionamento da Cobertura Diárias de Internação Hospitalar (DIH) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

20.30. Para acionamento da Cobertura Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;

- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

20.31. Para acionamento da Cobertura Diárias de Internação em U.T.I (DUTI) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

20.32. Para acionamento da Cobertura Diárias de Internação no Exterior (DIEX) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

20.33. Para acionamento da Cobertura Diárias de Convalescença (DCON) a

ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- c) Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

20.34. Para acionamento da Cobertura Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- c) O atestado de médico habilitado, em formulário a ser fornecido pela Seguradora, indicando o prazo de duração previsto em função da incapacidade adquirida pelo Segurado;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

20.35. Para acionamento da Cobertura Diagnóstico de Câncer (DC) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e anexando os

resultados de exames recentes comprobatórios da doença;
b) Cópia do Resultado de todos os exames realizados, diagnóstico e de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme.

20.36. Para acionamento da Cobertura Doenças Congênita dos Filhos (DCF) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Formulário de Aviso do Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento dos filhos com doenças congênitas;
- c) Declaração médica informando qual a doença congênita apresentada pela criança, contendo informações mínimas que permita avaliar o grau de manifestação da doença, tais como: segmentos, órgãos e funções afetadas, tratamento proposto e prognóstico;
- d) Documentos médicos e exames que tenha embasado o diagnóstico da doença;
- e) Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- f) Cópia do teste do pezinho;
- g) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;

20.37. Para acionamento da Cobertura Doenças Graves (DG) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e anexando os resultados de exames recentes comprobatórios da doença;
- b) Cópia do Resultado de todos os exames realizados, diagnóstico e de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme.

20.38. Para acionamento da Cobertura Renda Temporária por Incapacidade (RTI) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Atestado médico original, com firma reconhecida, que comprove o afastamento do trabalho, informando inclusive o número de dias de afastamento;
- b) Cópia de todos os exames complementares realizados;
- c) Relatório médico onde deve constar a data do evento, diagnóstico e tratamento realizado;
- d) Documento original, comprobatório da incapacidade, expedido por órgão oficial da previdência;
- e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- g) Formulário de comprovação de Acidente de Trabalho e/ou Acidente Pessoal, caso houver;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- i) Documentos de baixa hospitalar expedido pela administração do hospital (em caso de internação para realização de cirurgia);
- j) Cópia autenticada do comprovante de renda, se profissional autônomo enviar a declaração do imposto de renda e/ou declaração do contador, se profissional com vínculo empregatício enviar o contracheque;
- k) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado

20.39. Para acionamento da Cobertura Renda Temporária por Incapacidade por Acidente (RTIA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Atestado médico original, com firma reconhecida, que comprove o afastamento do trabalho, informando inclusive o número de dias de afastamento;
- b) Cópia de todos os exames complementares realizados;
- c) Relatório médico onde deve constar a data do evento, diagnóstico e tratamento realizado;
- d) Documento original, comprobatório da incapacidade, expedido por órgão oficial da previdência;
- e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- g) Formulário de comprovação de Acidente de Trabalho e/ou Acidente Pessoal,

caso houver;

h) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;

i) Documentos de baixa hospitalar expedido pela administração do hospital (em caso de internação para realização de cirurgia);

j) Cópia autenticada do comprovante de renda, se profissional autônomo enviar a declaração do imposto de renda e/ou declaração do contador, se profissional com vínculo empregatício enviar o contracheque;

k) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado

20.40. Para acionamento da Cobertura Rescisão Contratual por Morte (RCM) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

a) Cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;

b) Cópia autenticada da carteira de Trabalho atualizada;

c) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;

d) Cópia autenticada do termo de rescisão do Contrato de Trabalho.

20.41. Para acionamento da Cobertura Rescisão Contratual por Morte por Acidente (RCMA) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

a) Cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;

b) Cópia autenticada da carteira de Trabalho atualizada;

c) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;

d) Cópia autenticada do termo de rescisão do Contrato de Trabalho.

20.42. Para acionamento da Cobertura Perda de Renda por Desemprego (PRD) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

a) Folha autenticada da rescisão do contrato de trabalho;

- b) Cópia da carteira de trabalho;
- c) Comprovante do recebimento das parcelas do seguro-desemprego, garantido pela Previdência Social;
- d) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado

20.40.1 Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à cobertura. Neste caso, os beneficiários do Segurado receberão o capital segurado, ainda não indenizado, limitado ao prazo definido no contrato. Após o pagamento do capital segurado ainda devido, passará a ser indenizada a ocorrência da morte do Segurado, através das coberturas Morte (M), quando couber e de acordo com o plano contratado

20.43. Para acionamento da Cobertura Adaptação de Casa e/ou Veículo (ACV) a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos, além da documentação prevista no item 20.9 e quando for o caso de apresentação de documentos de Beneficiário(s) o item 20.10:

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, e a necessidade da adequação de casa ou modificação do veículo de uso particular, informando sempre se o paciente se encontra em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado Principal.
- b) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência) policial, se houver;
- c) Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- d) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado Principal;
- e) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- f) Declaração de residência habitual e comprovante de residência do mês anterior ao sinistro;
- g) Certidão de propriedade do veículo;
- h) Laudo, emitido pela empresa responsável pelas adequações com o detalhamento dos serviços prestados;
- i) Notas fiscais originais para comprovação dos gastos

20.44. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as que forem diretamente realizadas pela Seguradora.

20.45. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais

encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

- 20.46. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de Capital Segurado contratado e estabelecido na apólice, atualizado monetariamente.
- 20.47. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 20.48. Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza ou extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, devem ser submetidas a uma junta médica, proposta pela Seguradora por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias contados da data da contestação. A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.
- 20.49. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempassador, será paga por ambos, em partes iguais.
- 20.50. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo Segurado
- 20.51. Possuindo o Segurado mais de um Seguro, nesta ou em outra seguradora, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados pelo Segurado proporcionalmente aos limites segurados para a cobertura em todas as apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data do evento.
- 20.52. As indenizações decorrentes das coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Auxílio Funeral (AUX) serão pagas sob a forma de pagamento único ou quando houver complementos de indenização estas serão pagas de demais parcela(s).
- 20.53. A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos

comprovantes da internação hospitalar.

- 20.54. A indenização decorrente da cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) será paga mensalmente durante o período em que o Segurado se encontrar incapaz, observado o limite contratual máximo de cada cobertura
- 20.55. Para a cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar, eventuais diárias a serem indenizadas serão pagas ao(s) Beneficiário(s) até a data do falecimento.
- 20.56. Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro.
- 20.57. As indenizações decorrentes das coberturas de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA), Diárias de Internação em U.T.I (DUTI), Diárias de Internação no Exterior (DIEX), serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, respeitado o período indenizável de cada cobertura.
- 20.58. As indenizações decorrentes da cobertura de Renda Temporária por Incapacidade Decorrente de Acidente (RTIA) será paga mensalmente durante o período em que o Segurado se encontrar incapaz, observado o limite contratual máximo de cada cobertura.
- 20.59. Para a cobertura de Renda Temporária por Incapacidade Decorrente de Acidente (RTIA), caso o Segurado venha a falecer durante o período de recebimento do Seguro, a Renda Mensal Temporária será paga ao(s) seu(s) Beneficiário(s).
- 20.60. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

CLÁUSULA 21 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SEGURADO

- 21.1. **Constituem obrigações do Segurado, sem prejuízo de outras obrigações previstas ao longo das Condições Contratuais:**
- a) **Comunicar o sinistro à Seguradora tão logo tome conhecimento e adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.**
 - b) **Comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de**

agravar o risco coberto.

- c) **Cumprir com as disposições previstas nas Condições Contratuais.**
- d) **Agir com boa-fé.**
- e) **Fornecer à Seguradora dados e informações corretas e precisas para a adequada análise do risco.**

21.2. O Segurado obriga-se a comunicar à Seguradora, de forma imediata e por meio dos canais disponibilizados, qualquer alteração em seus dados cadastrais, tais como endereço, telefone, e-mail, estado civil, composição societária (quando aplicável) ou qualquer outra informação relevante para a manutenção do contrato.

21.3. A falta de comunicação poderá implicar na impossibilidade de envio de notificações, cobrança de prêmios ou regulação de sinistros, não podendo ser imputada à Seguradora qualquer responsabilidade por prejuízos decorrentes dessa omissão.

21.4. Caso a alteração cadastral implique em modificação do risco originalmente contratado, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias contados do recebimento da comunicação, ajustar as condições do seguro ou cancelar a cobertura, conforme previsto na legislação e nas Condições Contratuais.

21.5. **Se o Segurado deixar de informar, de forma intencional, qualquer fato relevante sobre seu estado de saúde, atividades, histórico médico ou outras informações necessárias para a avaliação do seguro, ele perderá o direito à cobertura prevista neste contrato. Caso a não informação seja de forma culposa a Seguradora reduzirá o direito a cobertura de forma proporcional entre prêmio que foi pago e o prêmio que deveria ter sido cobrado caso a informação correta tivesse sido prestada no momento da contratação.**

21.6. Cabe ao Estipulante:

a) à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais

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

- c) Discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade
- d) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente
- e) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração
- f) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros
- g) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido
- h) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante
- i) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado

Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das coberturas, e sujeita o Estipulante às cominações legais

CLÁUSULA 22 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1. O Segurado perderá o direito à indenização, permanecendo responsável pelo pagamento do prêmio vencido, nas seguintes situações:

- a) **Quando o Segurado deixar de informar, de forma intencional, qualquer fato relevante sobre seu estado de saúde, atividades, histórico médico ou demais informações necessárias para a avaliação do risco, haverá a perda integral do direito à cobertura prevista neste contrato.**
- b) **Se a falta de informação ocorrer sem intenção, a Seguradora reduzirá a cobertura de forma proporcional à diferença entre:**
 - a) **o prêmio efetivamente pago, e**

b) o prêmio que seria devido caso as informações corretas tivessem sido prestadas no momento da contratação.

c) O Segurado perderá o direito à indenização caso seja constatada fraude ou tentativa de fraude praticada por ele, seus beneficiários, representantes ou prepostos, incluindo:

a) se o Segurado provocar intencionalmente o sinistro.

b) agravamento de risco intencional de suas consequências com o objetivo de obter pagamento indevido.

CLÁUSULA 23 - CANCELAMENTO DO SEGURO

23.1. O seguro será automaticamente cancelado se decorridos 90 (noventa) dias após a última notificação do vencimento da parcela do prêmio sem o pagamento.

23.2. O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

23.3. A apólice coletiva poderá ser cancelada mediante a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado e conseqüente cancelamento dos certificados individuais vinculados à apólice coletiva nos seguintes casos:

23.4. Ocorrendo a rescisão do seguro, subsistirão as obrigações das partes por prêmios devidos e sinistros ocorridos na sua vigência, observados os prazos prescricionais previstos na legislação brasileira e os certificados individuais emitidos com data de início anterior à data de rescisão da apólice permanecerão em vigor até os seus respectivos vencimentos.

CLÁUSULA 24 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

24.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência do certificado individual, se esta não for renovada.

24.2. A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado às coberturas de Morte(M), Morte Acidental (MA) e/ou de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA).

24.3. A cobertura individual cessa quando do pagamento de sinistro vinculado à

cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), somente no caso de ocorrer a antecipação de 100% (cem por cento) da Morte (M).

24.4. A cobertura individual cessa quando do pagamento de sinistro vinculado à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Antecipação, somente no caso de ocorrer a antecipação de 100% (cem por cento) da Morte (M).

24.5. No caso do pagamento de sinistro vinculado à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) – Autônoma, cessará apenas a cobertura da referida cobertura, desde que quitadas todas as prestações correspondentes. As demais coberturas do Seguro permanecerão vigentes.

24.6. A cobertura individual cessa quando do pagamento de sinistro vinculado à cobertura Diagnóstico de Câncer (DC), desde que devidamente comprovado, pois esta cobertura garante uma antecipação de 100% (cem por cento) da Morte (M).

24.7. A cobertura individual cessa quando do pagamento de sinistro vinculado à cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou à cobertura Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), quando avaliada em um grau de 100% (cem por cento).

24.8. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

a) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas, assumindo os custos do risco e de cobrança; ou

b) Quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

24.9. Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:

a) Se for cancelada a cobertura do Segurado Dependente;

b) Se o Segurado deixar o grupo segurado;

c) Com a morte ou a invalidez total por acidente ou por doença do Segurado.

d) No caso de cessação da condição de Dependente;

CLÁUSULA 25 - EXCEDENTE TÉCNICO

- 25.1. Se previsto no Contrato de Seguro, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:
- 25.1.1. A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.
- a) Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:
- a.1) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, e;
- a.2) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- b) São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:
- b.1) Comissões de corretagem registradas durante o período;
- b.2) Comissões de administração (Pró Labore e Agenciamento) registradas durante o período;
- b.3) Valor total dos sinistros;
- b.4) Despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.
- b.5) As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
- b.6) O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b.7) O aviso à seguradora, para sinistros;
- b.8) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- b.9) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.
- 25.2. A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato de Seguro até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro.
- 25.3. A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato de Seguro no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última emissão, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- 25.4. Nos seguros parciais 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 de Seguro.
- 25.5. Nos seguros, contributários ou parcialmente contributários, em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

CLÁUSULA 26 – REGIME FINANCEIRO

- 26.1. O presente Seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, de modo que não há qualquer previsão de devolução, resgate ou portabilidade de prêmios.

CLÁUSULA 27 – OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

- 27.1. Comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse; e
- 27.2. Prestar ao Estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro
- 27.3. A seguradora obriga-se, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado ou do beneficiário, conforme coberturas dispostas no Certificado Individual .

CLÁUSULA 28 – DO INTERESSE LEGÍTIMO

- 28.1. A eficácia deste contrato de seguro depende da **existência de interesse legítimo**, entendendo-se como tal a relação jurídica, econômica ou contratual que justifique a contratação das respectivas garantias.
- 28.2. Na hipótese de o interesse legítimo ser superveniente, a eficácia do contrato iniciar-se-á **a partir da data de verificação desse interesse**, observada a vigência da apólice.
- 28.3. Se o interesse legítimo for **parcial**, o contrato produzirá efeitos na proporção da parte útil, permanecendo ineficaz quanto à parte inexistente.
- 28.4. Caso seja ou se torne **impossível a existência do interesse legítimo**, o contrato será considerado **nulo de pleno direito**.

CLÁUSULA 29 – DA INEXISTÊNCIA, EXTINÇÃO/REDUÇÃO DO INTERESSE LEGÍTIMO

- 29.1. Extinto o interesse legítimo, o contrato será **resolvido de pleno direito**, assegurado ao Segurado ou aos seus herdeiros legais a **devolução proporcional do prêmio**, correspondente ao período não decorrido da vigência, **deduzidas as despesas realizadas pela Seguradora com a contratação**
- 29.2. Se ocorrer **redução relevante do interesse**, o valor do prêmio será **proporcionalmente reduzido**, ressalvado, na mesma proporção, o direito da Seguradora às despesas incorridas com a contratação.

29.3. A comunicação da extinção ou redução do interesse deverá ser feita pelo Segurado à Seguradora quando da ocorrência do fato gerador.

29.4.

CLÁUSULA 30 – CANAIS DE ATENDIMENTO

A Previsul possui canais para você entrar em contato conosco e buscar informações sobre o seu produto.

Atendimento via Whatsapp

+55(11) 3003-6773 – Tire dúvidas, encontre informações, faça solicitações de documentos e comunique/acompanhe seu sinistro.

Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.

Fale conosco

Tire dúvidas, encontre informações, faça solicitações de documentos ou cancelamentos e comunique/acompanhe seus sinistro

3003-6773 – Capitais e cidades metropolitanas

0800-709-8059 – Demais localidades .

Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.

Acione sua assistência

3003-6773 – Capitais e cidades metropolitanas

0800-709-8059 – Demais localidades .

Serviço 24h, 7 dias por semana, inclusive feriados nacionais.

SAC 24 horas

0800-722-0264 - Capitais, cidades metropolitanas e demais localidades

Todos os dias da semana, 24 horas por dia, inclusive em feriados nacionais.

As ligações podem ser a cobrar.

Ouvidoria

Reclamações não atendidas satisfatoriamente por outros canais, ou sugestões e elogios.

Para acessar informe o número de protocolo anterior fornecido pelos nossos outros canais de atendimentos de voz ou digital

0800-722-0266 - Capitais, cidades metropolitanas e demais localidades

Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.

Central de atendimento ao surdo

Faça a chamada a partir de um aparelho adaptado com teclado alfanumérico.

0800-702-4260 – Capitais, cidades metropolitanas e demais localidades
Segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h. Exceto feriados nacionais.

ANEXO I - TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
Invalidez permanente				
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um inferior	100	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100	Alienação mental total incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40	Surdez total incurável de um dos Ouvidos	20
	Mudez incurável	50	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos Membros superiores	70	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose 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	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Parcial Membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20	Fratura não consolidada de um pé	20
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20
	Ancilose 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	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores:		Perda total do uso de uma falange do 1º. Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15		
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10		
	De 3 (três) centímetros	06		
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização			

ANEXO II - TABELAS IAIF

O IAIF é composto por duas tabelas : Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos e Tabela de Danos Antropométricos, Fatores de Risco e Mortalidade

1. Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, avalia, através de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida – Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados pontuados.

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
Relações do Segurado com o cotidiano	1º Grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; caminha livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	0
	2º Grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativa, ou prejuízo intelectual e de cognição.	10
	3º Grau : O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental;	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
-----------	---------	-----------

Condições Clínicas e estruturais do Segurado

<p>1º Grau: O Segurado apresenta-se saudável; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.</p>	0
<p>2º Grau: O Segurado apresenta disfunção (ões) e/ou insuficiência (s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.</p>	10
<p>3º Grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico.</p>	20
<p>Conectividade do Segurado com a vida 1º Grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar seus dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.</p>	0
<p>2º grau : O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa, entrar e sair do chuveiro, para realizar atos de higiene e de asseio pessoal, para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar frutas, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).</p>	10
<p>3º Grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistências alimentar diárias.</p>	20

2. Tabela de Danos Antropométricos, Fatores de Risco e Mortalidade, valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC - Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta).	2
Há riscos de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso	2
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	4
Existem mais de dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	4
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.	8