

Condições Contratuais

Seguro de Vida e Integridade Física Coletivo Global

Este é o Plano de Seguro de Pessoas Coletivo Global da Seguradora
METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A.

Neste documento, constam as Condições Gerais do Seguro e Condições
Especiais de todas as Coberturas que podem ser objeto de contratação.
As Coberturas que efetivamente forem contratadas estão descritas
na Proposta de Contratação e na Apólice.

Índice



Conheça seu seguro ____5

1. Objetivo
2. Glossário
3. Coberturas
4. Riscos Excluídos



Conheça seus prazos ____11

5. Prazo de Carência
6. Vigência e Renovação de Seguro
7. Aceitação da Proposta de Contratação
8. Aceitação Individual dos Proponentes
9. Informação sobre Risco e Declarações para a Formação do contrato.
10. Âmbito Territorial e Custeio do Seguro
11. Cobrança e pagamento dos prêmios
12. Cancelamento da Apólice
13. Cessação da Cobertura Individual



Conheça os valores ____16

14. Capital Segurado Global
15. Capital Segurado e Despesas de Salvamento
16. Atualização dos Valores do Seguro
17. Taxa do Seguro e Recálculo do Prêmio



Como utilizar ____17

18. Beneficiário(s)
19. Ocorrência do Sinistro
20. Pagamento da Indenização
21. Documentos para Indenização
22. Perícia Médica/Junta Médica
23. Perda do Direito à Indenização
24. Alterações da Apólice
25. Outras Obrigações do Estipulante
26. Material de divulgação
27. Cumprimento das leis anticorrupção
28. Da violação de leis e normas de embargos ou sanções econômicas e comerciais
29. Tributo
30. Prescrição
31. Foro
32. Disposições Finais
33. Condições Especiais

COBERTURAS

COBERTURA DE MORTE	42
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	42
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPA)	42
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	46
COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA FUNCIONAL (IPD-F)	47
COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS (VR)	51
COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR ACIDENTE (VRA)	51
COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF)	51
COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS (DD)	52
COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (DDA)	53
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUXF)	53
COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE (AUXFA)	54
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF)	54
COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE (AFA)	55
COBERTURA DE CESTA BÁSICA (CB)	56
COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR ACIDENTE (CBA)	57
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CONJUGE (IC)	58
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)	60
COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)	61

COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR ACIDENTE DE TRABALHO (CBAT)	62
COBERTURA AUXÍLIO MEDICAMENTO (AUXMA)	63
COBERTURA AUXÍLIO MEDICAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO (AMAT)	64
COBERTURA ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO (ADPT)	64
COBERTURA AUXÍLIO ADAPTAÇÃO CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPTINV)	65
COBERTURA DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)	69
COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR ACIDENTE (DIHAUTI)	70
COBERTURA DE DIÁRIAS INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)	71
COBERTURA DE DIÁRIAS INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD)	72
COBERTURA INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS (IEFP)	73
COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA TOTAL PERMANENTE POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILTP-D)	74
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE A TRABALHO (IPAT)	74
COBERTURA MORTE ACIDENTAL POR ACIDENTE DE TRABALHO (MAAT)	78
COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE (AN)	79
COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE PRÉ MATURO (ANPM)	79
COBERTURA AUXÍLIO CRECHE E EDUCAÇÃO EM CASO DE MORTE (AUXC)	80
COBERTURA AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE DE TRABALHO (AUXFAT)	80
COBERTURA BENEFÍCIO CAPACITAÇÃO POR MORTE OU INCAPACIDADE PERMANENTE DO TRABALHADOR (BCMIPT)	81
COBERTURA CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL (CDA)	81
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS GRAVES (DG)	82
COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (DC)	85
COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL (DT)	85
COBERTURA PRÉ-INVENTÁRIO POR MORTE (BPI)	86
COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL AO EMPREGADOR POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE LABORAL (IEAAL)	86
COBERTURA DE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR AO EMPREGADO POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE LABORAL (ICAAL)	87
FRATURA ÓSSEA (FO1)	88
FRATURA ÓSSEA (FO2)	89

Condições Contratuais

1. OBJETIVO

1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Evento Coberto pela(s) Cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais disposições das Condições Contratuais e do Contrato.**

2. GLOSSÁRIO

2.1 Segurado: é a pessoa física que mantém vínculo prévio com o Estipulante, regularmente aceita e incluída no Seguro.

2.2 Segurado Dependente: é o Cônjuge e os Filho(s).

2.3 Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice Coletiva.

2.4 Grupo Segurável: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice Coletiva., conforme requisitos estabelecidos na Proposta de Contratação, Condições Contratuais e no Contrato.

2.5 Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação dos Segurados, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

2.6 Proponente: é a pessoa física cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará à condição de Segurado após a sua aceitação pela Seguradora.

2.7 Beneficiário(s): Pessoa (s) física (s) ou jurídica (s) indicada (s) livremente pelo Segurado para receber a Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

2.8 Seguradora: é a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., sociedade Seguradora que assume os riscos inerentes à(s) Cobertura(s) contratada(s), nos das Condições Contratuais e do Contrato.

2.9 SUSEP: Superintendência de Seguros Privados é o Órgão Regulador dos Seguros responsável pelo controle e fiscalização do mercado securitário.

2.10 Proposta de Contratação: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido, por meio do qual o Estipulante manifesta sua

vontade de contratar o Seguro em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações das Condições Contratuais.

2.11 Apólice Coletiva: Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da Cobertura solicitada pelo Estipulante, que possibilita adesão ao seguro, dos componentes do Grupo Segurável, que mantenham com o Estipulante um Vínculo anterior ao seguro.

2.12 Cobertura(s) Contratada(s): É a designação genérica utilizada para indicar as obrigações que a Seguradora assume para com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

2.13 Comoriência: é a morte simultânea ou praticamente simultânea de duas ou mais pessoas do segurado e beneficiário(s), em circunstâncias que não permitem determinar quem faleceu primeiro.

2.14 Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado, no qual, na ocorrência do Sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(rão) direito à indenização. Na hipótese de aumento do Capital Segurado, a Carência será aplicada em relação ao montante correspondente ao valor de aumento de Capital efetuado.

2.15 Condições Gerais: é o documento que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do seguro.

2.16 Contrato: contrato firmado entre a Seguradora e o Estipulante, que define as particularidades operacionais e as obrigações da Seguradora e do Estipulante, em especial no que se refere às relações com o Segurado e Beneficiário, de forma complementar às Condições Contratuais.

2.17 Despesas de Contratação: São despesas e custos efetivamente incorridos pela Seguradora durante o processo de formação e administração do contrato de seguro, tais como, mas não limitados a: custos operacionais e administrativos; despesas com análise de risco e subscrição; emissão de apólice; comissões e remunerações pagas aos Intermediários; despesas com comunicação e atendimento ao cliente; despesas com os serviços de regulação e liquidação do sinistro.

2.18 Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva junto à Seguradora e assume poderes de representação dos Segurados, conforme legislação e regulamentação vigente, devendo atuar em benefício do grupo de pessoas que representa, negociando com a

Seguradora os termos do contrato, com vistas à adesão de eventuais interessados.

2.19 Franquia: é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.

2.20 Interesse legítimo: vínculo econômico, patrimonial, jurídico ou afetivo que justifique a contratação do seguro. A ausência ou impossibilidade de existência de interesse legítimo torna o contrato ineficaz ou nulo.

2.21 Intervenientes: são os responsáveis pela angariação, promoção, intermediação ou distribuição de produtos de seguros, tais como: corretores de seguros; representantes de seguros; correspondentes de microsseguros; e outros agentes que exerçam atividades similares.

2.22 Prêmio Global: é a soma das contribuições dos Segurados individuais, recolhida pelo Estipulante, e que devem ser repassadas à Seguradora.

2.23 Prestador de Serviços: Para fins deste instrumento, são atividades exercidas por profissionais não registrados, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.

2.24 Pretensão Segurado: é a pessoa que manifesta interesse em contratar ou aderir a um seguro, mas ainda não possui vínculo contratual formal com a Seguradora.

2.25. Proposta de Contratação: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido, por meio do qual o Estipulante manifesta sua vontade de contratar o seguro em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

2.26.Seguradora: é a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

2.25 Vínculo: é a relação jurídica, anterior ao contrato de Seguro, existente entre o Estipulante e determinado grupo de pessoas.

2.26 Vigência: é a data a partir da qual a(s) Cobertura(s) contratada(s) será(ão) garantida(s) pela Seguradora.

2.27 Prêmio: é o valor pago à Seguradora nos termos previamente ajustados como contraprestação à(s) cobertura(s) contratada(s).

2.28 Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) Cobertura(s) contratada(s), em caso de ocorrência de Sinistro. **Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.**

2.29 Capital Segurado Global: modalidade de contratação coletiva, na qual o valor do Capital Segurado referente a cada Segurado sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do Grupo Segurado.

2.30 Regime Financeiro de Repartição Simples: é aquele através do qual se repartem ou se dividem estruturado no Regime onde não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

2.31 Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Contratuais que não estão cobertos pelo presente Seguro.

2.32 Doenças Preexistentes: doença(s) ou lesão(ões) sofrida(s) anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declarada(s) no ato da contratação.

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

2.33.1 Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

a) **suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:**
-do início de vigência individual do Seguro; ou
-da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado que foi elevado;
A presente exclusão não será aplicável se comprovado que o suicídio decorreu de grave ameaça ou legítima defesa de terceiro.

- b) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) escapamento accidental de gases e vapores;
- d) sequestros e suas tentativas;
- e) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;

2.33.2 Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, ainda que agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto
- b) intercorrências ou complicações em consequência da realização de exames, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) quaisquer doenças, conforme apuradas nos termos dessa Apólice, mesmo as consideradas acidentes pela legislação previdenciária;
- d) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência social ou assemelhadas e que não se enquadrem integralmente na caracterização de Acidente Pessoal definido no subitem 2.33
- e) acidentes causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- f) acidentes causados exclusivamente pela ausência de habilitação adequada do Segurado para condução de veículo automotor.
- g) acidentes em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

2.34 Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cobertura(s) contratada(s), ocorrido durante a vigência contratada, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).

2.35 Sinistro: é a ocorrência de um Evento Coberto durante o período de Vigência do Seguro.

2.36 Indenização: é o valor devido pela Seguradora ao Segurado, ao Segurado Dependente ou ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado individual contratado para cada uma das coberturas.

3. COBERTURAS

3.1. As Coberturas a seguir são passíveis de contratação para este Seguro, respeitando-se as conjugações de Planos disponibilizados pela Seguradora.

Morte
Morte Acidental (MA)
Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)
Verbas Rescisórias (VR)
Verbas Rescisórias por Acidente (VRA)
Doença Congênita de Filhos (DCF)
Despesas Diversas (DD)
Despesas Diversas por Acidente (DDA)
Auxílio Funeral (AUXF)
Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)
Assistência Funeral (AF)
Assistência Funeral por Acidente (AFA)
Cesta Básica (CB)
Cesta Básica por Acidente (CBA)
Cobertura Suplementar de Inclusão de Cônjuge (IC)
Cobertura Suplementar de Inclusão de Filhos (IF)
Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)
Cesta Básica por Acidente de Trabalho (CBAT)
Auxílio medicamentos por acidente (AUXMA)
Auxílio medicamentos por Acidente de Trabalho (AMAT)
Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT)
Adaptação de Casa e/ou Veículo por Invalidez (ADPTINV)
Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)
Diária de internação Hospitalar em unidade de terapia intensiva por acidente (DIHAUTI)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD)
Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP)
Invalidez Laborativa Total Permanente por Doença Profissional (ILTP-D)
Invalidez Permanente Total por Acidente a Trabalho (IPAT)
Morte Acidental por Acidente de Trabalho (MAAT)
Auxílio Natalidade (AN)
Auxílio Natalidade Pré Maduro (ANPN)

Auxílio Creche e Educação em Caso de Morte (AUXC)
Auxílio funeral por acidente de trabalho (AUXFAT)
Benefício Capacitação por Morte ou Incapacidade Permanente do Trabalhador (BCMIPT)
Cirurgia decorrente de acidente pessoal (CDA)
Doenças Graves (DG)
Diagnóstico de Câncer (DC)
Doença Terminal (DT)
Pré-Inventário por Morte (BPI)
Indenização Especial ao Empregador por Afastamento por Acidente Laboral (IEAAL)
Indenização complementar ao empregado por afastamento por acidente laboral (ICAAL)
Fratura Óssea (FO1)
Fratura Óssea (FO2)

3.2. Além das conjugações passíveis de disponibilização pela Seguradora as coberturas a seguir não poderão ser contratadas conjuntamente:

Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
Verbas Rescisórias (VR)
Verbas Rescisórias por Acidente (VRA)
Despesas Diversas (DD)
Despesas Diversas por Acidente (DDA)
Auxílio Funeral (AUXF)
Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)
Assistência Funeral (AF)
Assistência Funeral por Acidente (AFA)
Cesta Básica (CB)
Cesta Básica por Acidente (CBA)

3.2.1. A(s) Cobertura(s) contratada(s) será(ão) expressa(s) na Proposta de Contratação e na Apólice do Seguro.

3.3 Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação das seguintes coberturas suplementares:

- a) **Inclusão de Cônjuges (IC)**
- b) **Inclusão de Filhos (IF)**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a

- 4.1.1. 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; contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes**
- 4.1.2. 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto casos de prestação de serviço militar, prática de esporte ou atos de humanidade em auxílio de outra pessoa;**
- 4.1.3. Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.**
- 4.1.4. Estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação, bem como acidentes ocorridos antes da contratação do seguro;**
- 4.1.5. Suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:**
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - o de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- 4.1.6. Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios, controladores, dirigentes ou administradores do Estipulante;**

Na hipótese de o sinistro decorrer de ato doloso praticado por um dos beneficiários contra a vida do segurado, será excluído da cobertura o beneficiário responsável, mantendo-se o direito dos demais beneficiários ao recebimento da indenização, proporcionalmente ao valor que lhes couber.
- 4.1.7. Epidemias, pandemias ou envenenamento de caráter coletivo, assim declarado por órgão competente.**
- 4.1.8. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie**
- 4.1.9. Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
- 4.1.10. Eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
- 4.1.11. Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.**
- 4.1.12. Competições ilegais;**

- 4.1.13. Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 4.1.14. Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
- 4.1.15. Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto**
- 4.1.16. Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;**
- 4.1.17. Quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;**
- 4.1.18. Doenças agravadas por traumatismos;**
- 4.1.19. Invalidez que limite total ou parcialmente a capacidade laborativa do Segurado.**
- 4.1.20. Doenças infectocontagiosas transmitidas de mãe para filho;**
- 4.1.21. Complicações do parto ou aborto.**
- 4.1.22. Natimortos (fetos que morreram dentro do útero ou durante o parto).**
- 4.1.23. Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;**
- 4.1.24. Estão expressamente excluídos da cobertura Suplementar de Cônjuge todos os riscos definidos como excluídos das coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.**
- 4.1.25. Estão expressamente excluídos desta cobertura Suplementar de Filho(s) todos os riscos definidos como excluídos das coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.**
- 4.1.26. Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- 4.1.27. Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses, salvo as próteses pela perda de dente(s) natural(is) decorrente de Acidente Pessoal coberto;**
- 4.1.28. Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;**
- 4.1.29. Reposição de lentes, óculos, aparelhos ortodônticos etc.;**
- 4.1.30. Quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como, mas não se limitando a empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias, academias, entre outros), associações com grêmios, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos.**
- 4.1.31. Não haverá cobertura securitária, para nenhum beneficiário, quando o contrato de seguro tiver sido celebrado com o objetivo de fraudar a seguradora, inclusive nos casos em que o sinistro tenha sido premeditado ou provocado com essa finalidade.**

5. PRAZO DE CARÊNCIA

5.1. Poderá ser estabelecido Prazo de Carência, durante o qual a Seguradora não será responsável pelo pagamento da indenização da respectiva cobertura.

5.2. O Prazo de Carência não será aplicável na renovação ou substituição do Seguro, ainda que com outra Seguradora.

5.3. Para os fins deste Seguro, em especial do item 5.2, a caracterização da substituição somente ocorrerá no caso de a substituição ter sido informada pelo proponente na contratação deste Seguro.

5.4. Se ocorrer um sinistro durante o Período de Carência e o Seguro for cancelado, a seguradora devolverá ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme o caso, o valor do Prêmio pago referente à Cobertura que não foi utilizada.

5.5. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência.

5.6. Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o Seguro estará sujeito a novo Prazo de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.

5.7. Não há Cobertura para o suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de Vigência do Seguro, ou da sua recondução, quando suspenso, contados:

- do Início de Vigência individual do Seguro; ou;
- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado e/ou Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado que foi elevado;

5.8. O Prazo de Carência não será aplicável se comprovado que o suicídio decorreu de grave ameaça ou legítima defesa de terceiro.

5.9 Este seguro funciona no modelo de repartição simples, o que significa que não há acumulação de reservas financeiras individuais.

Por isso, se ocorrer suicídio durante o período de carência, não há valores a serem devolvidos ao Segurado ou aos Beneficiários.

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

6.1. Vigência e Renovação da Apólice Coletiva

6.1.1. O início de vigência da Apólice Coletiva será estabelecido no Contrato ou na Proposta de Contratação. No caso do Contrato, a vigência está condicionada ao recebimento, pela Seguradora, do referido Contrato, devidamente assinada pelo Estipulante sem qualquer modificação ao seu conteúdo.

6.1.2. O início e término de Vigência do seguro será às 24hs (vinte e quatro) horas das datas indicadas, respectivamente, na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

6.1.3. O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente.

6.1.4. A Apólice Coletiva será automaticamente renovada, caso em até 30 (trinta) dias antes de seu término, a Seguradora ou Estipulante não comunique sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda realizar na renovação

6.1.5 Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

6.1.6 A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita exclusivamente pelo Estipulante.

6.1.7 Na hipótese de alteração da Apólice que implique em ônus, dever ou redução dos direitos do Segurado, a renovação deverá ter anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

6.1.8. Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o Estipulante com 30 (trinta) dias de antecedência do final de Vigência da Apólice.

6.2. Vigência e Renovação da Apólice Coletiva

6.2.1. O início de vigência da Apólice Coletiva será estabelecido no Contrato ou na Proposta de Contratação. No caso do Contrato, a vigência está condicionada ao recebimento, pela Seguradora, do referido Contrato, devidamente assinada pelo Estipulante sem qualquer modificação ao seu conteúdo.

6.2.2. O início e término de Vigência do seguro será às 24hs (vinte e quatro) horas das datas indicadas, respectivamente, na Apólice, na Proposta de Contratação e no Contrato.

6.2.3. O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente.

6.2.4. A Apólice Coletiva será automaticamente renovada, caso em até 30 (trinta) dias antes de seu término, a Seguradora ou Estipulante não comunique sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda realizar na renovação

6.2.5. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

6.2.6. A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita exclusivamente pelo Estipulante.

6.2.7. Na hipótese de alteração da Apólice que implique em ônus, dever ou redução dos direitos do Segurado, a renovação deverá ter anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

6.2.8. Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o Estipulante com 30 (trinta) dias de antecedência do final de Vigência da Apólice.

6.3. Vigência Individual

5.3.1 O início de Vigência Individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido no Contrato.

5.3.2 Para as novas adesões, o início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do início do Vínculo com o Estipulante, mediante comprovação no momento do sinistro, por meio do documento aplicável de acordo com tipo de Vínculo.

7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

7.1. O Contrato ou Proposta de Contratação, assinada pelo Estipulante ou por intermédio de seus representantes, deverá ser entregue à Seguradora.

7.2. As Condições Contratuais completas deste Seguro acompanharão o Contrato ou Proposta de Contratação.

7.3. A Seguradora terá um prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, sem manifestação da Seguradora, o Seguro será considerado aceito.

7.4. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será reiniciado à partir da entrega da documentação complementar solicitada.

7.5. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado a título de cobertura provisória, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo). Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

7.5.1. Durante o período compreendido entre a data da recepção do Prêmio, pago antecipadamente pelo Estipulante, até a data da formalização da recusa da Proposta de Contratação, haverá cobertura pelo seguro.

7.6. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) Coberturas(s) contratada(s), se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

7.7. A Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, a diferença no valor de Prêmio cabível, equivalente ao agravamento do risco original.

7.8. O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio a ser feita.

7.9. Salvo nas hipóteses de cobertura provisória, a Seguradora não aceitará o pagamento de Prêmio antes da aceitação da Proposta de Contratação.

8. ACEITAÇÃO INDIVIDUAL DOS PROPONENTES

8.1. As exigências para aceitação dos Proponentes serão estabelecidas contratualmente.

8.2. Serão incluídos no seguro somente as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável, na condição de Sócios/Diretores, constantes dos instrumentos societários do Estipulante que tenham retiradas mensais sob a forma de “pró-labore” ou “dividendos”, os funcionários e estagiários vinculados ao Estipulante, registrados e ativos no E-Social (Sistema Informatizado da Administração Pública); Sefip (Sistema Recolhimento de FGTS) ou outro sistema que venha substituí-lo, desde que na estabelecida para início de vigência do risco individual estiverem:

a) Em plena atividade profissional;

b) Estar em perfeitas condições de saúde e não possuir doenças preexistentes à contratação do seguro e não estar em nenhum tratamento médico para alguma doença no coração, cirrose; câncer ou hipertensão arterial (pressão alta);

c) Não estar internado ou em tratamento em virtude de acidente ou doenças cardíacas, cânceres ou hipertensão.

d) Com idade dentro dos limites estabelecidos no Contrato na data do início da Vigência individual do Seguro.

8.3. Somente serão consideradas como aceitas no seguro, as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que não estiverem afastadas do trabalho na data fixada para início do respectivo risco individual por motivo de doença ou acidente.

8.4. Os funcionários afastados do Estipulante passam a ser elegíveis ao Grupo Segurado no momento em que retornam as suas atividades laborais.

9. INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO

9.1. O contrato de seguro será nulo se, na data de sua celebração, a Seguradora, pretenso segurado, Proponente, Segurado ou Beneficiário souber que o risco é impossível ou já ocorreu. Se isso for comprovado, a parte que tinha conhecimento deverá pagar à outra parte o dobro do valor do prêmio, como penalidade.

9.2. O contrato de seguro só é válido se houver Interesse Legítimo do Proponente, Segurado ou Beneficiário. Se o interesse surgir depois da contratação, o contrato passa a ser eficaz a partir desse momento. Se o interesse for parcial, a eficácia será proporcional. Se não houver interesse possível, o contrato de seguro será nulo.

9.3. Quando o seguro for feito sobre a vida ou integridade física de outra pessoa que não seja o pretenso Segurado, sob pena de nulidade do seguro, o Proponente ou Responsável Financeiro deve informar o motivo legítimo do seu interesse na preservação da vida do pretenso Segurado. Esse interesse é presumido se o Proponente ou Responsável Financeiro for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do pretenso Segurado.

9.4. Os Intervenientes, Proponente, Pretense Segurado, Segurado, Contratante e Responsável Financeiro devem fornecer, de forma completa e verdadeira, todas as informações solicitadas pela Seguradora no Questionário de Avaliação de Risco, essenciais para a aceitação da Proposta e definição do prêmio do seguro.

9.5. Deverão ser declarados todos os elementos de que o Proponente e o Estipulante tenham conhecimento sobre o interesse e o risco a serem garantidos, conforme as regras ordinárias de conhecimento e boa-fé. Essas declarações configurar-se para fins de agravamento do risco como se tivessem sido questionadas pela Seguradora.

9.6 A omissão ou falsidade dolosa nas informações implicará na perda do direito do Segurado e Beneficiário a Cobertura do seguro, sem prejuízo da cobrança do prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora.

9.7 A omissão ou erro culposos acarretará a redução proporcional da Cobertura, conforme a diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido com base nas informações corretas.

9.8 Se as informações omitidas tornarem tecnicamente impossível a Cobertura ou se o Risco não for normalmente aceito pela Seguradora, o seguro será cancelado em relação ao segurado envolvido, mantendo-se a obrigação do segurado em ressarcir as Despesas de Contratação realizadas pela Seguradora.

10. ÂMBITO TERRITORIAL E CUSTEIO DO SEGURO

10.1. Coberturas disponíveis nesta Condição Geral abrangem os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo as Coberturas cujo âmbito territorial é Nacional e estão especificadas nas Condições Especiais.

10.2. Para fins deste Seguro, a forma de custeio será **não contributivo**, ou seja, os Segurados não pagam Prêmio, sendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente do Estipulante.

11. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

11.1 É de responsabilidade do Estipulante a realização da cobrança do Prêmio Individual e a quitação nas Apólices Coletivas dentro dos prazos contratuais e pagamento das respectivas faturas emitidas pela Seguradora, salvo se houver disposição contratual em contrário.

11.1.1. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas contratualmente.

11.2. Quando a data limite para pagamento do Prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, a quitação do Prêmio poderá ser efetuada no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

11.3. Em caso de atraso no pagamento do Prêmio, incidirão sobre o valor não pago os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento), atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo) e juros de 1% (um por cento) ao mês, ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

11.3.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

11.3.2. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora por meio da rede bancária, débito em conta corrente ou outras formas admitidas em lei.

11.4. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do Prêmio, Independentemente do pagamento de parcelas subsequentes, o Estipulante será notificado para que regularize o(s) pagamento(s), sob pena de cancelamento da Apólice.

11.4.1. O prazo máximo de tolerância é de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos prêmios, consecutivos ou não, após esse período, a Apólice será cancelada. No período de mora no pagamento do Prêmio, não haverá suspensão das coberturas, sem prejuízo à cobrança dos Prêmios respectivos.

11.5. O seguro poderá prever a reabilitação da apólice a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Estipulante retomar o pagamento dos prêmios em atraso, devidamente corrigidos e acrescidos de multa e juros de mora. Neste caso, a cobertura do seguro será restabelecida.

11.6. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe seja devida, a qualquer título, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado

11.7. É vedado o recebimento do prêmio antes da formalização do seguro, salvo no caso de cobertura provisória .

11.8. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

11.9. Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, o valor ou percentual correspondente será estabelecido contratualmente.

11.10. O não pagamento da primeira parcela ou do prêmio único até o vencimento, implicará no cancelamento automático do Seguro, sem direito à cobertura, salvo disposição contratual expressa em sentido contrário.

11.11. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, superior a 45 (quarenta e cinco) dias consecutivos ou alternados, o Estipulante e o Segurado serão notificados por meio idôneo, com comprovação de recebimento, para regularizar o(s) pagamento(s) no prazo mínimo de 15 (quinze) dias.

11.12. Recebida a notificação para regularização do(s) pagamento(s) e não purgada a mora no prazo nela indicado, haverá suspensão das Coberturas da Apólice desde o vencimento da parcela original não paga.

11.13. Decorridos os prazos previstos na notificação de inadimplência e não purgada a mora, a Seguradora suspenderá a Cobertura e poderá enviar nova notificação ao Segurado e ao Estipulante, informando sobre sua decisão em cancelar o Seguro,

independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

11.14. O recebimento da notificação, ou a recusa em recebê-la, pelo Segurado ou pelo Estipulante, formalizará o cancelamento do Seguro.

11.14.1. Caso o Estipulante e/ou Segurado recuse o recebimento da notificação ou não seja localizado no último endereço informado à Seguradora, o prazo para regularização da parcela em atraso, previsto na notificação, terá início na data em que a tentativa de entrega for considerada frustrada.

11.14.2. No caso de atraso de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, as disposições das Cláusulas 11.11, 11.12, 11.13, 11.14 e 11.14.1. serão adotadas exclusivamente em relação ao Estipulante quando se tratar de suspensão ou cancelamento da Apólice Coletiva.

11.14.3. O cancelamento libera integralmente a Seguradora por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir desde a constituição da mora.

11.14.4. Caso o pagamento do prêmio não seja realizado após notificação formal ao Estipulante ou Segurado, e desde que a Seguradora tenha assumido o risco previsto no contrato, poderá ser iniciada cobrança judicial do valor devido, inclusive por meio de ação de execução, conforme previsto na legislação vigente.

11.15. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os Prêmios custeados pelos Segurados, estes não podem ser prejudicados no direito à(s) cobertura(s) contratada(s) do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento da(s) Indenização(ões) eventualmente devida(s), sem prejuízo da ação de cobrança por parte da Seguradora junto ao Estipulante.

11.16. O cancelamento libera integralmente a Seguradora por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir desde a constituição da mora.

12. CANCELAMENTO DA APÓLICE

12.1. A Apólice poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos Prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado;

b) no final do prazo de sua Vigência, se não houver renovação;

c) pelo atraso no pagamento do Prêmio após o período de tolerância, conforme disposto no item 11.4.1 destas Condições Gerais;

d) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 11 destas Condições Gerais, após o término do prazo de 90 (noventa) dias da última notificação ao Estipulante, se o pagamento não for regularizado

e) na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários ou, no caso do Estipulante, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a Indenização.

13. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

13.1. A cobertura de cada Segurado cessa:

13.1.1. Nas Apólices Coletivas com Vínculo prévio ao Seguro entre Estipulante e Segurado:

a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 11;

b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias

c) com o falecimento do Segurado;

d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão na Cobertura que gerou a Indenização;

e) com a extinção do Vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;

f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.

g) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

h) Pelo atraso no pagamento dos prêmios do seguro por mais de 90 (noventa) dias consecutivos ou não;

i) Fraudes e infrações praticadas pelo Segurado, pelo(s) seu(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;

12.1.2. Para o Segurado Dependente, quando incluído no seguro:

a) em qualquer das hipóteses previstas nos item 13.1 acima;

b) em caso de cessação da condição de Segurado Dependente, conforme estabelecem as respectivas coberturas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e/ou Filho(s), seja ou não comunicado este fato à

Seguradora e independentemente da cobrança do Prêmio.

14. CAPITAL SEGURADO GLOBAL

14.1. Capital Segurado Global é o valor total determinado na Proposta de Contratação pelo Estipulante, no início da vigência do seguro, para garantir os valores das Coberturas Contratadas para todo grupo segurado (sócios, acionistas, diretores, funcionários e estagiários), podendo sofrer alterações, a pedido do Estipulante, para atender as necessidades de Capital Segurado Individual.

14.2. O Capital Segurado Global de cada Cobertura e para cada categoria funcional contratada, caso seja indicada tal diferenciação, será estabelecido na Proposta de Contratação.

15. CAPITAL SEGURADO E DESPESAS DE SALVAMENTO

15.1. O capital segurado individual será igual para todos os Segurados, sendo o resultado da divisão do Capital Segurado Global pelo número de pessoas do Grupo Segurado, devidamente comprovados, no mês anterior à ocorrência do Sinistro.

15.2. Caso a contratação do seguro garanta os estagiários, sócios e diretores que não constem no E-Social (Sistema Informatizado da Administração Pública); SEFIP (Sistema Recolhimento de FGTS) ou outro sistema que venha substituí-lo, será necessário encaminhar também a relação que compõe o Grupo Segurado através de documentos contábeis relativos ao pró-labore pago no mês anterior à ocorrência do Sinistro, e aqueles constantes nos Contratos de Estágio (estagiários); no Contrato Social, ata de eleição ou Estatuto Social do Estipulante (sócios e diretores) do mês anterior ao Sinistro, conforme o caso.

15.3. Para fins de avaliação de necessidade de repactuação do valor do Capital Segurado Global, o Estipulante deverá comunicar à Seguradora, por escrito, logo que saiba, qualquer redução da quantidade de Pessoas do Grupo Segurado informada na Proposta de Contratação em variação percentual de 30% (trinta por cento) em relação a quantidade informada na Proposta de Contratação.

15.3.1. Na hipótese de eventual descumprimento do dever de comunicação mencionado no item anterior, em caso de ocorrência de Sinistro o Capital Segurado Individual será apurado com base no número pessoas do Grupo Segurado informado na última comunicação formal à Seguradora ou, na sua falta, com base no número de número de pessoas do

Grupo Segurado informado no início de Vigência da Apólice.

15.4. A Seguradora reembolsará as despesas comprovadamente incorridas pelo Segurado ou por Terceiros, com medidas necessárias, emergenciais e imediatas de contenção ou de salvamento, que tenham o objetivo de evitar o sinistro iminente ou atenuar os efeitos de um Sinistro coberto.

15.5. A obrigação de indenizar tais despesas subsistirá mesmo que as medidas de contenção ou salvamento adotadas, desde que adequadas e proporcionais, se mostrem ineficazes para evitar ou atenuar o sinistro.

15.6. Serão reembolsáveis os valores comprovadamente despendidos, de até 1% do valor total dos limites máximos de indenização das coberturas, limitado a R\$ 10.000,00 (dez mil reais) apuradamente aplicáveis no momento da comunicação da expectativa de sinistro à seguradora até a concretização do sinistro ou do término de sua iminência.

15.7. Os reembolsos de despesas de salvamento somam-se a todos os reembolsos anteriormente realizados no âmbito dessa apólice para fins de cálculo e utilização do limite máximo para reembolsos estabelecido na Apólice¹. Assim, a realização de um reembolso resulta na manutenção, como novo limite para reembolsos, do saldo do limite não utilizado.

15.8. Excedido o limite estabelecido na apólice, a Seguradora não arcará com quaisquer valores excedentes referentes à despesas de contenção e salvamento.

15.9 A seguradora não estará obrigada a custear:

a) Despesas de contenção ou salvamento relativas à prevenção ordinária, incluindo qualquer tipo de manutenção, as quais são de responsabilidade exclusiva do Segurado.

b) Despesas com medidas notoriamente inadequadas ou desproporcionais ao risco, considerando a garantia contratada para o tipo de sinistro iminente ou verificado.

15.10. A Seguradora somente suportará despesas incorridas pelo Segurado, ou por Terceiros, que venham a exceder o limite disposto na cláusula 13 quando essas despesas se referirem diretamente a medidas expressamente recomendadas ao Segurado pela Seguradora e comprovadamente cumpridas pelo Segurado ou Terceiro.

15.11. Considera-se medidas expressamente recomendadas pela Seguradora aquelas que tenham sido direta e expressamente informadas ao Segurado sob tal título pela Seguradora, não se reconhecendo como medidas recomendadas qualquer informação, notícia ou mesmo sugestão de possibilidades.

16. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

16.1. O Capital Segurado Global, bem como o Prêmio deste Seguro, serão atualizados anualmente, no aniversário da Apólice pela aplicação do percentual da variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

16.1.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

16.2. O Estipulante poderá solicitar aumento espontâneo de Capital Segurado Global, que dependerá de análise e aceitação prévia da Seguradora.

17. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

17.1. O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial da Seguradora.

17.2. A Seguradora anualmente, no aniversário da Apólice, deverá recalculer as taxas do seguro, caso a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, de forma que o volume de Sinistros pagos e avisados seja superior ao prêmio líquido arrecadado no mesmo período.

18. BENEFICIÁRIO(S)

18. Cabe ao Segurado, por manifestação expressa de vontade, a qualquer tempo, antes da ocorrência do sinistro, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s).

18.1.1 Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado e recebida pela Seguradora antes do sinistro. Caso a Seguradora não seja cientificada oportunamente da indicação e/ou alteração, exonerá-se-á pagando o Capital Segurado na forma anterior.

18.1.2. A substituição do Beneficiário não poderá ser efetuada se o Seguro tiver como Interesse Legítimo declarado a garantia de alguma obrigação, enquanto essa obrigação existir, ou sem que seja declarado novo Interesse Legítimo referente ao beneficiário que se pretende indicar.

Não será aceita designação ou substituição de Beneficiário(s) por meio de procuração ou ato de última vontade.

18.1.3. Considera-se ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro e em caso de Comoriência.

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. Caso a seguradora não tenha sido informada sobre a substituição do beneficiário ocorrida por ato entre vivos ou declaração de última vontade do Segurado, estará desobrigada de qualquer responsabilidade ao realizar o pagamento ao beneficiário anteriormente indicado.

18.4. Caso o Segurado seja separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

18.5. Não prevalecerá a indicação de Beneficiário nas hipóteses de revogação da doação por ingratidão, conforme previsto na legislação civil.

19. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

19.1. Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado à Seguradora, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m) seguindo os procedimentos informados no site da Seguradora.

19.2. Ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de sinistro, o Segurado e o(s) Beneficiário(s), conforme o caso, obriga-se a:

I – adotar, de forma imediata, todas as providências razoáveis e eficazes para evitar ou minimizar os efeitos do evento danoso;

II – comunicar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo que permita comprovação, e seguir as instruções recebidas para contenção dos danos ou salvamento dos bens segurados;

III – fornecer à Seguradora todos os elementos de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências.

O descumprimento doloso dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da

dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora. O descumprimento culposo de qualquer um dos deveres previstos acima implicam na perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

19.3. As providências previstas no item não serão exigíveis se colocarem em perigo interesses relevantes do segurado, do Beneficiário ou de terceiros, ou se implicarem sacrifício acima do razoável.

20. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

20.1. Para o recebimento da Indenização, todas as circunstâncias do Evento Coberto devem ser devidamente comprovadas.

20.2. A Seguradora poderá, a seu exclusivo critério, tomar todas as providências necessárias ao esclarecimento dos fatos, arcando com os custos correspondentes, inclusive consultar especialistas de sua indicação.

20.2.1. As despesas incorridas com a comprovação do evento referentes a apresentação dos documentos básicos predeterminados no contrato para comunicação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

20.3. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se expressamente sobre a existência de cobertura, sob pena de não poder mais recusá-la, prazo este contado da data de recebimento do aviso de sinistro totalmente preenchido, a apresentação dos documentos previstos na Cobertura pleiteada e documentos e informações adicionais que contenham os elementos mínimos de aviso de sinistro listados na Apólice.

20.4. Os documentos e informações enviados devem ser adequadamente nomeados e estar legíveis e claros.

20.5. A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista no Item Documentos para Indenização. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.

20.6. Os documentos elencados nas Condições Gerais e nas Coberturas contratadas são um rol exemplificativo/sugestivo de documentos que podem conter os elementos necessários à

regulação. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares que sejam necessários para a completa elucidação do sinistro, desde que tais documentos possam ser produzidos pelo Segurado ou Beneficiário e a solicitação seja devidamente justificada

20.6.1. A Seguradora poderá, de forma justificada, solicitar documentos complementares ao Segurado ou Beneficiário, sendo que, a solicitação de documentos complementares suspende o prazo previsto no item 20.3 por, no máximo, 1 (uma) vez, reiniciando-se a contagem no primeiro dia útil subsequente ao atendimento integral da solicitação.

20.7. Nos sinistros cujo Capital Segurado ultrapasse 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente, o prazo de suspensão poderá ocorrer por até 2 (duas) vezes.

20.8. Iniciado o processo de regulação de sinistro, caso não sejam entregues no prazo de 150 dias os documentos adicionais que vierem a ser solicitados pela Seguradora, o processo de regulação será extinto e a cobertura será automaticamente negada em razão da falta de elementos essenciais necessários ao processo de regulação e liquidação de sinistro.

20.9. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, o valor da indenização será acrescido da atualização monetária, com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento, multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora, todos calculados sobre o valor original da indenização.

20.9.1. Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora.

20.10. As providências ou atos que a Seguradora praticar para análise do Sinistro não implicam em reconhecimento ou obrigação do pagamento da Indenização.

21. DOCUMENTOS PARA INDENIZAÇÃO

21.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:
(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

21.2 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

MORTE DECORRENTE DE DOENÇA	
Documentos do Segurado:	• Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); • Cópia da Certidão de Óbito; • Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados; • Relatório médico informando desde quando o Segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento; • Cópia do RG; • Cópia do CPF; • Cópia da Ficha de Registro de Empregado atualizada ou Contrato Social e alterações, se sócio; • Cópia da SEFIP e/ou E-Social do mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro; • Termo de Indicação de Beneficiários ou Declaração do Estipulante sobre sua inexistência.
Documentos dos Beneficiários: <i>Quando indicado pelo Segurado</i>	• Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor); • Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade); • Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários; • Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge; • Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a); • Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
Documentos dos Beneficiários <i>Quando não houve indicação pelo Segurado</i>	• Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro); • Provas de União Estável (no caso de companheiro/a); • Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso); • Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso); • Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife); • Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado; • Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade); • Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado; • Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
MORTE DECORRENTE DE ACIDENTE	

Documentos do Segurado:	• Aviso de Sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife); • Cópia da Certidão de Óbito; • Cópia do Boletim de Ocorrência e/ ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto, se Acidente de Trabalho • Cópia do Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal; • Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização; • Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado o condutor; • Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado; • Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente, se realizada; • cópias do RG (cédula de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Segurado; • Cópia do registro da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), que conste o tipo 1- Típico ou 3-Trajeto; se Acidente de Trabalho; • Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização; • radiografia e cópia dos exames realizados • Cópia da Ficha de Registro de Empregado atualizada ou Contrato Social e alterações, se sócio; • Cópia da SEFIP e/ou E-Social do mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro; • Termo de Indicação de Beneficiários ou Declaração do Estipulante sobre sua inexistência.
Documentos dos Beneficiários: <i>Quando indicado pelo Segurado</i>	• Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor); • Cópia do CPF (obrigatório, independentemente da idade); • Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos Beneficiários; • Cópia da Certidão de Casamento atualizada, se o Beneficiário for o Cônjuge; • Provas de União Estável, se o Beneficiário for o(a) companheiro(a); • Autorização de crédito nominal a cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
Documentos dos Beneficiários: <i>Quando não houve indicação pelo Segurado</i>	• Cópia da Certidão de Casamento do Segurado extraída após o óbito (se não for solteiro); • Provas de União Estável (no caso de companheiro/a); • Cópia do RG e CPF do Cônjuge ou companheiro (se for o caso); • Cópia do comprovante de residência em nome do Cônjuge ou companheiro (se for o caso); • Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado (formulário padrão MetLife); • Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado; • Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado (obrigatório, independentemente da idade); • Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado; • Autorização de crédito em nome de cada um dos Beneficiários (formulário padrão MetLife).
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) e COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito; Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Radiografia e resultados de exames realizados; • Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação; • Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;

COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS (VA)	Além dos documentos do Segurado constantes na Cobertura de Morte decorrente de doença, devem ser apresentados os seguintes documentos: • cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho; Cópia do Contrato Social e Alterações Contratuais, Comprovante de Endereço e Autorização de Pagamento do estipulante.
COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL (IPD-F)	Além dos documentos do Segurado constantes na Cobertura de Morte decorrente de doença, devem ser apresentados os seguintes documentos, com exceção da Certidão de Óbito: • Relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado; • Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s), com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrição(ões) futura(s), se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso e a data da caracterização da invalidez como total e definitiva; OBS.: A data da invalidez por doença funcional será determinada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR ACIDENTE	Além dos documentos do Segurado constantes na Cobertura de Morte decorrente de Acidente, devem ser apresentados os seguintes documentos: • cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho; • Cópia do Contrato Social e Alterações Contratuais, • Comprovante de Endereço e Autorização de Pagamento do estipulante.
Cobertura de Auxílio Funeral (AUXF)	• Mesmos documentos constantes na Morte decorrente de Doença.
Cobertura Auxílio Funeral por Acidente (AUXFA)	• Mesmos documentos constantes na Morte decorrente de Acidente.
Cobertura de Assistência Funeral (AF)	• Certidão de Óbito do Sinistrado; • RG do Sinistrado; • RG do segurado titular, caso o sinistrado seja cônjuge, filhos ou pais do segurado titular; • Documento que comprove o vínculo do segurado titular com o sinistrado, caso este último seja o cônjuge, filhos ou pais; • Notas fiscais e recibos das despesas com funeral; • RG, CPF, Comprovante de Residência e Autorização de Pagamento do contratante das despesas com o funeral (se pessoa física); • Cópia do contrato social e alterações contratuais, comprovante de endereço e autorização de pagamento (se pessoa jurídica).
Cobertura de Assistência Funeral por Acidente (AFA)	• Certidão de Óbito do Sinistrado; • RG do Sinistrado; • RG do segurado titular, caso o sinistrado seja cônjuge, filhos ou pais do segurado titular; • Documento que comprove o vínculo do segurado titular com o sinistrado, caso este último seja o cônjuge, filhos ou pais; • Notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral; • RG, CPF, Comprovante de Residência e Autorização de Pagamento do contratante das despesas com o funeral (se pessoa física); • Cópia do contrato social e alterações contratuais, comprovante de endereço e autorização de pagamento (se pessoa jurídica).

Cobertura de Despesa Diversas (DD)	Mesmos documentos constantes na Morte decorrente de Doença.
Cobertura de Despesa Diversas por Acidente (DDA)	Mesmos documentos constantes na Morte decorrente de Acidente.
Cobertura Suplementar de Inclusão ao Cônjuge (IC)	Além dos documentos listados na respectiva Cobertura do evento ocorrido com o sinistrado cônjuge, devem ser apresentados: - Certidão de Óbito do cônjuge sinistrado; - Certidão de Casamento atualizada do segurado titular com o cônjuge sinistrado; - RG e CPF do cônjuge sinistrado; - RG, CPF, Comprovante de Endereço e Autorização de Pagamento do segurado titular.
Cobertura Suplementar de Inclusão de Filhos (IF)	Além dos documentos listados na respectiva Cobertura do evento ocorrido com o sinistrado filho, devem ser apresentados: - Certidão de Óbito do filho sinistrado; - Certidão de Nascimento do filho sinistrado; - CPF do filho sinistrado; - RG, CPF, Comprovante de Endereço e Autorização de Pagamento do segurado titular.
Cobertura de Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito, Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente: - Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados; - Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado; - Notas fiscais e recibos das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas; - RG, CPF, Comprovante de Residência e Autorização de Pagamento do contratante das despesas médicas (se pessoa física); - Cópia do Contrato Social e Alterações Contratuais, Comprovante de Endereço e Autorização de Pagamento do contratante das despesas médicas (se pessoa jurídica).
Cobertura Cesta Básica por Acidente de Trabalho (CBAT)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito, Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente: - Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados; - Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado; - Notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas; - RG, CPF, Comprovante de Residência e Autorização de Pagamento do contratante das despesas médicas (se pessoa física); - Cópia do holerite do mês do afastamento, se houver. - Cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado junto a Previdência Social - INSS; se houver. - Declaração assinada por contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento; - Declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento; - Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver. - Cópia do Contrato Social e Alterações Contratuais, Comprovante de Endereço e Autorização de Pagamento do contratante das despesas médicas (se pessoa jurídica).

Cobertura de Auxílio Medicamento por Acidente (AUXMA)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito, Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente: • Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados; • Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado; • Cópia do holerite do mês do afastamento • Cópia da concessão do benefício para o Segurado junto a Previdência Social - INSS; Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas com os medicamentos; as notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas; • RG, CPF, Comprovante de Residência e Autorização de Pagamento do contratante das despesas médicas (se pessoa física); • Cópia do Contrato Social e Alterações Contratuais, Comprovante de Endereço e Autorização de Pagamento do contratante das despesas médicas (se pessoa jurídica).
Cobertura de Auxílio Medicamento por Acidente de Trabalho (AUXMAT)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito, Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente: • Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados; • Cópia do holerite do mês do afastamento • Cópia da concessão do benefício para o Segurado junto a Previdência Social - INSS; • Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas com os medicamentos; as notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas; • RG, CPF, Comprovante de Residência e Autorização de Pagamento do contratante das despesas médicas (se pessoa física); • Cópia do Contrato Social e Alterações Contratuais, Comprovante de Endereço e Autorização de Pagamento do contratante das despesas médicas (se pessoa jurídica).
Cobertura de Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito, Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente: • 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. • Declaração de residência habitual e comprovante de residência do mês anterior ao sinistro; • Certidão de propriedade do veículo; • Laudo, emitido pela empresa responsável pelas adequações com o detalhamento dos serviços prestados; • Notas fiscais originais para comprovação dos gastos.
Cobertura de Adaptação de Casa e/ou Veículo por Invalidez (ADPTINV)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito, Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente: • 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. • Radiografia e resultados de exames realizados; • Declaração de residência habitual e comprovante de residência do mês anterior ao sinistro; • Certidão de propriedade do veículo; • Laudo, emitido pela empresa responsável pelas adequações com o detalhamento dos

	serviços prestados; • Notas fiscais originais para comprovação dos gastos.
Cobertura Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito, Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente: • Cópia do Prontuário Hospitalar completo; • Cópias do resultado de exames complementares realizados; • Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI.
Cobertura diária de internação hospitalar em unidade de terapia intensiva por acidente (DIHAUTI)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito, Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente: • Cópia do Prontuário Hospitalar completo; • Cópias do resultado de exames complementares realizados; • Declaração em papel timbrado do Hospital, assinada por seu representante legal, indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI.
Cobertura Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito, Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente: • Relatório médico informando a data do acidente, as lesões/sequelas decorrentes do acidente, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação da alta médica; • Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
Cobertura Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito, Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente: • Relatório médico, informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento; além de informar a data do acidente (se for o caso), as lesões/sequelas decorrentes do acidente ou doença, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação de alta médica • Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
Cobertura de Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP)	Além dos documentos do Segurado constantes na Cobertura de Morte decorrente de Acidente, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Cópia autenticada da Certidão de Nascimento, cuja paternidade ou maternidade pelo segurado titular seja conhecida e registrada; • Em caso de responsável legal, documento oficial que comprove a detenção da guarda do filho; • Declaração de únicos herdeiros.
Cobertura de Invalidez Laborativa Total Permanente por Doença Profissional (ILTP-D)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito, Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente: • Cópia do Prontuário Hospitalar completo; • Declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI; • Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médicoassistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento. • Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado no caso de Segurado Dependente, além dos documentos exigidos acima, serão exigidos os seguintes documentos: a) cópia autenticada do comprovante da condição de dependente, caso seja; b) cônjuge: RG / CPF e comprovante de residência e certidão de casamento atualizada; c) companheira(o): cópia autenticada da cédula de identidade, CPF e comprovação de

	união estável por ocasião da ocorrência do sinistro e Comprovante de residência; d) filhos: cópia autenticada da certidão de nascimento ou cédula de identidade e CPF; e) enteados: cópia autenticada da cédula de identidade, comprovante de casamento dos pais e CPF.
Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente a Trabalho (IPAT)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito; Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Radiografia e resultados de exames realizados; • Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação; • Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
Cobertura de Morte acidental por acidente de trabalho (MAAT)	• Mesmos documentos constantes na Morte decorrente de Acidente.
Cobertura Auxílio Natalidade (AN)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito; Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Cópia da certidão de Nascimento
Cobertura Auxílio Natalidade Pré Maturado (ANPM)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito; Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Cópia da certidão de Nascimento • Cartão de nascimento em nome do recém-nascido, feito pelo neonatologista na maternidade/hospital. Neste documento deverá conter: nome, data de nascimento, peso, capurro e idade gestacional (documento entregue no momento da alta hospitalar).
Cobertura Auxílio Creche e Educação em Caso de Morte (AUXC)	Além dos documentos do Segurado constantes na Cobertura de Morte decorrente de Acidente e/ ou Doença, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Certidão de nascimento do filho; • Matrícula do filho na creche/escola particular
Cobertura Auxílio funeral por acidente de trabalho (AUXFAT)	• Mesmos documentos constantes na Morte decorrente de Acidente. • Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
Cobertura Benefício Capacitação por Morte ou Incapacidade Permanente do Trabalhador (BCMIPT)	• Mesmos documentos constantes na Morte decorrente de Acidente e/ ou doença. • Cobertura de IPD-F • Além dos documentos do Segurado constantes na Cobertura de Morte decorrente de doença, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado; • Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s), com sua(s) data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrição(ões) futura(s), se foram esgotadas • Cobertura de IPTA • Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito; Laudo de Necropsia e Laudo de Perícia Técnica do Local do Acidente, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Radiografia e resultados de exames realizados; • Relatório médico informando a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação; • Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados;
	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito; Laudo de Necropsia, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Radiografias e/ou resultados dos exames realizados;

Cobertura Cirurgia decorrente de Acidente pessoal (CDA)	• Notas fiscais e recibos originais das despesas medicas e hospitalares, resultadas no tratamento. • Todas as notas fiscais devem estar acompanhadas dos seus respectivos comprovantes das despesas, tais como receituários, cópia de exames, prontuários de internação, etc.
Cobertura de Doenças Graves (DG)	Além dos documentos do Segurado constantes na Cobertura de Morte decorrente de doença, com exceção da Certidão de Óbito, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados; Documentos complementares de acordo com a Doença Grave diagnosticada: • Para Câncer (neoplasia): resultado da biópsia e do exame anatomopatológico; • Para Infarto Agudo do Miocárdio: resultado dos exames, Eletrocardiograma, Enzimas Cardíacas, Ecocardiograma, Cintilografia Cardíaca; • Para Angioplastia Coronária: resultado do exame de angiografia com a Descrição do Procedimento de Angioplastia assinada pelo cardiologista responsável; • Para Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária): Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável; • Para Cirurgia de Válvula do Coração: prontuário hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável e Resultado do Ecocardiograma; • Para Cirurgia da Aorta: Prontuário Hospitalar e Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável; • Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral): resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio; • Para Doença de Alzheimer: laudo médico de Neurologista e/ou Psiquiatra; • Para Doença (ou Mal) de Parkinson: laudo médico de Neurologista; • Para Esclerose Múltipla: laudo médico de neurologista e Resultado da Eletroencefalografia de membros inferiores e superiores; • Para Coma: laudo médico atestado por dois Neurologistas; • Para Tumor Cerebral Benigno: resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio e exame Anatomopatológico; • Para Danos Cerebrais Anatômicos: resultado da Tomografia Computadorizada de Crânio; • Para Distrofia Muscular: laudo médico de Neurologista e resultado do exame Anatomopatológico; • Para Doença do Neurônio Motor: laudo médico atestado por dois Neurologistas e resultado de eletroencefalografia dos quatro membros; • Para Paralisia de Membros: resultado da Ressonância Nuclear Magnética da área Afetada e Eletroencefalografia de membros inferiores; • Para Perda de Membros: resultado de exame de raio-x do membro afetado; • Para Enfisema Pulmonar: resultado da Prova de Função Pulmonar e Tomografia Computadorizada de Tórax; • Para Insuficiência Renal Crônica: resultado dos exames da função renal; • Para Cegueira: laudo médico de Oftalmologista e resultado de exames de acuidade visual e campimetria; • Para Surdez: laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado do exame de BERA; • Para Perda da Fala: laudo médico de Otorrinolaringologista e resultado de exame de imagem de corda vocal; • Para Queimadura de terceiro grau: laudo médico de Cirurgião Plástico; • Para Transplante de Órgãos: prontuário Hospitalar com Relatório completo e detalhado da Cirurgia devidamente assinado pelo cirurgião responsável.
	Além dos documentos do Segurado constantes na Cobertura de Morte decorrente de doença, com exceção da Certidão de Óbito, devem ser apresentados os seguintes documentos:

Cobertura de Diagnóstico de Câncer (DC)	• Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas na Declaração/Certidão de Óbito, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento; • Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados; • Resultado do exame Anátomo- Patológico, comprovando a malignidade do Câncer; • Relatório do médico assistente constando: nome do paciente, história clínica, tempo de evolução da doença, estadiamento, diagnóstico (CID-10), tratamento proposto e identificação do médico (nome e nº do CRM-UF); • Na ausência do exame Anátomo-Patológico, poderão ser solicitados, a critério da seguradora, exames laboratoriais e de imagem que comprovem o diagnóstico.
Cobertura de Doença Terminal (DT)	Além dos documentos do Segurado constantes na Cobertura de Morte decorrente de doença, com exceção da Certidão de Óbito, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Declaração Médica expedida pelo médico que atendia regularmente o segurado registrando o diagnóstico, tratamento realizado e o quadro clínico, estabelecendo data a partir da qual a evolução da doença justifica o enquadramento em estado terminal • Resultados de exames complementares realizados que comprovam o estágio terminal do quadro clínico e de comprometimento irreversível sem possibilidade de recuperação com os recursos terapêuticos disponíveis. • Caso o segurado apresente alienação mental total incurável deverá apresentar ainda o Termo de Curatela, RG, CPF e comprovante de residência do Curador nomeado
Pré-Inventário por Morte (BPI)	• Mesmos documentos constantes na Morte decorrente de Acidente ou por Doença.
Indenização Especial ao Empregador por Afastamento por Acidente Laboral (IEAAL)	• Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito; Laudo de Necropsia, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Cópia do holerite do mês do afastamento • Cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado junto a Previdência Social - INSS; • Declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento; • Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver.
Indenização complementar ao empregado por afastamento por acidente laboral (ICAAL)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito; Laudo de Necropsia, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Cópia do holerite do mês do afastamento • Cópia da concessão do benefício de auxílio-doença por incapacidade do Segurado junto a Previdência Social - INSS; • Declaração com carimbo e assinatura do contador da empresa constando os encargos trabalhistas vinculados ao colaborador no período do afastamento; • Cópias de nota fiscal e/ou cupom fiscal, com a descrição das despesas oriundas com o afastamento do segurado, se houver.
Fratura Ossea (FO1)	Além dos documentos do Segurado constantes na Morte decorrente de Acidente, com exceção da Certidão de Óbito; Laudo de Necropsia, devem ser apresentados os seguintes documentos: • Radiografias acompanhadas dos respectivos laudos radiológicos e resultados de exames realizados.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

22.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

22. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

22.2. No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas disposições Contratuais, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

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

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

23. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

23.1. Se o Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o Questionário de Risco submetido pela Seguradora, o Segurado:

i) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma dolosa, perderá a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou;

ii) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma culposa, terá sua garantia reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas inicialmente as informações que foram posteriormente reveladas.

23.2. Não se aplicam as hipóteses dos itens i e ii do item 23.1 quando o interessado provar que a Seguradora tomou ciência oportunamente do sinistro e das informações por outros meios.

23.3 O Segurado e o(s) Beneficiário(s) perderão o direito à Indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:

a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;

b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;

c) Omitir ou prestar informações falsas à Seguradora dolosamente;

d) violação da legislação de combate à corrupção e à lavagem de dinheiro.

e) Provocar dolosamente o sinistro, exceto quando se tratar da hipótese de suicídio, que obedecerá a disposição do Período de Carência, item 5.

f) Tiver prévia ciência de prática delituosa por parte do Beneficiário em causar o sinistro.

g) Deixar de avisar prontamente a Seguradora, por qualquer meio idôneo ou deixar de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.

h) cometer fraude por ocasião da reclamação do sinistro

23.4 Obrigação de Comunicação - Sob pena de perder o direito à indenização, o segurado participará o sinistro à sociedade seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.

23.5. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades, excetuada a hipótese da alínea "e" do item 22.3, onde o pagamento será feito aos herdeiros do Segurado na forma prevista nessas Condições Gerais.

24. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

24.1. O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

24.1.1 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, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

25. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

25.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Contratuais no Contrato, são, ainda, obrigações do Estipulante:

a) Fornecer todas as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, incluindo dados cadastrais, conforme lhe for solicitado pela Seguradora

- b)** manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c)** Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato e fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro
- d)** repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- e)** repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- f)** discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- g)** comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h)** dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- i)** comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- j)** fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
- k)** Informar com destaque aos segurados ou beneficiários, nas propostas de adesão, nos questionários e nos demais documentos do contrato, as quantias eventualmente recebidas da seguradora pelos serviços prestados.
- l)** fornecer ao Beneficiário indicado a título oneroso, tão logo quanto possível, a apólice e condições contratuais do seguro.
- m)** cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário.
- n)** informar tudo de relevante que souber ou que deveria saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

26.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante e/ou seu representante legal, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas deste seguro.

26.2. É vedado ao Estipulante efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora e sem respeitar rigorosamente estas Condições Contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

27. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO

27.1. O Estipulante, seus diretores, conselheiros e colaboradores, bem como qualquer pessoa por cujos atos ou inadimplementos possam ser responsáveis, ou qualquer pessoa que atue em seu nome, não ofertarão tampouco aceitarão pagamentos, tampouco ofertarão ou fornecerão qualquer coisa de valor a nenhuma pessoa em violação das leis antissuborno aplicáveis com relação ao presente contrato de seguro ou de qualquer maneira que possa afetá-lo. O Estipulante reconhece que as leis anticorrupção internacionais, FCPA e a UK Bribery Act, inclusive a lei brasileira n.º 12.846/2013 e seu respectivo decreto n.º 11.129/22, proíbem qualquer oferta direta ou indireta, pagamento ou recebimento de dinheiro ou Qualquer Coisa de Valor de/para qualquer pessoa (inclusive, sem limitação, qualquer Servidor Público, organização internacional, partido político, oficial de partido ou candidato a cargos políticos) para fins de obter, manter ou instruir negócios, garantir qualquer Vantagem Imprópria na condução de negócios ou aliciar a realização imprópria de qualquer função pública ou comercial. O Estipulante declara e garante que durante o cumprimento de suas obrigações segundo o presente contrato, ou de outro modo com relação ao presente Acordo, não ofertou tampouco realizou, e concorda que não ofertará tampouco fará nenhum pagamento proibido.

28. DA VIOLAÇÃO DE LEIS E NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS E COMERCIAIS

28.1. O objetivo da presente cláusula, respeitando-se todo o conteúdo deste Contrato, é estabelecer os procedimentos de prevenção e combate ao terrorismo, lavagem de dinheiro e outros ilícitos correlatos combatidos no Brasil e no exterior, tais procedimentos devem ser assumidos pelo Segurado e pela Seguradora, bem como, os critérios que serão utilizados para caracterização da perda de direitos ou suspensão da(s) cobertura(s) contratada(s) ou do(s) pagamento(s) de quaisquer indenizações devidas pelo presente contrato de seguro, nas situações nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) de indenizações for(em) ou estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) as sanções previstas na legislação Brasileira ou internacional, desde que não violem o ordenamento jurídico pátrio e a ordem pública.

28.2. A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro, se o Segurado e/ou seu representante legal praticar ato doloso de terrorismo, lavagem de dinheiro e outros ilícitos correlatos

combatidos no Brasil e no exterior, desde que o referido ato doloso tenha nexos causal com o evento gerador do sinistro, caracterizando assim, a perda do segurado ao direito a indenização. O fato gerador para efeito de aplicação da cláusula de embargos e sanções deverá estar caracterizado no momento do sinistro para fins de perda de direito.

28.3. Ressalta-se que as coberturas contratadas através do presente contrato de seguro ficam suspensas a partir da data de ingresso do segurado nas referidas listas de embargos e sanções, sendo reestabelecidas às 24 horas do dia subsequente a data de exclusão do Segurado das referidas listas.

28.4. Durante o processo de regulação de sinistro está seguradora verificará se o Segurado, os beneficiários das indenizações devidas ou se os locais de ocorrência dos eventos reclamados constam de listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo. Neste sentido, no que contrariar ou não constar das informações prestadas pelo Segurado à Seguradora quando da análise da proposta de seguro, na hipótese do Segurado ou os beneficiários das indenizações devidas ou dos locais de ocorrência dos eventos reclamados constarem das referidas listas ou nas situações nas quais as referidas listas forem atualizadas após a aceitação do risco, o direito à cobertura contratada não fica prejudicado, não caracterizando perda de direitos ou risco excluído, entretanto, o pagamento da indenização fica suspenso até que ocorra a superação do referido embargo ou sanção ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.

28.5. O pagamento de quaisquer indenizações ficará suspenso enquanto o Segurado, beneficiário ou local do evento estiver incluído em listas de sanções ou embargos nacionais ou internacionais, nos termos da Lei 13.810/2019, sendo restabelecido após a exclusão da restrição, salvo determinação judicial em contrário. A Seguradora comunicará às autoridades competentes eventuais operações suspeitas, conforme legislação vigente.

O descumprimento das obrigações previstas nesta cláusula poderá ensejar a rescisão do contrato e/ou suspensão das coberturas, sem prejuízo de outras sanções legais e contratuais cabíveis. O Estipulante se compromete a comunicar imediatamente à Seguradora qualquer suspeita ou ocorrência de violação às leis anticorrupção.

29. TRIBUTOS

29.1. Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventual(is) alteração(ões) será(ão) automaticamente aplicada(s) ao Prêmio.

30. PRESCRIÇÃO

30.1. Os direitos e obrigações decorrentes deste seguro estão sujeitos aos prazos de prescrição estabelecidos pela legislação vigente. A contagem dos prazos observará os marcos legais definidos, considerando a natureza da pretensão e as partes envolvidas

31. FORO

31.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente seguro.

32. DISPOSIÇÕES FINAIS

32.1. A aceitação da proposta estará sujeita à análise do risco.

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

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

32.4. Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

32.5. O corretor de seguros é responsável por entregar ao segurado, beneficiário ou estipulante todos os documentos e informações que lhe forem confiados, como apólices, proposta e comunicações, em até 5 (cinco) dias úteis após o recebimento. Se houver risco de perda de algum direito — como prazo para comunicar um sinistro ou solicitar uma cobertura — o corretor deverá fazer a entrega o mais rápido possível, garantindo que o segurado possa exercer seus direitos dentro do prazo legal.

32.6. O Corretor, Estipulante e Representante (Intermediários) são obrigados a agir com lealdade e boa-fé e prestar informações completas e verídicas sobre todas as questões envolvendo a formação e a execução do contrato.

32.7. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual, salvo quando, cumulativamente,

- (i) tratar-se de seguro individual, ou assim considerado pela Lei; e
- (ii) a renovação tiver ocorrido de forma automática e sucessiva por prazo superior à 10 (dez) anos.

32.8 As condições particulares do seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.

33. CONDIÇÕES ESPECIAIS

33.1. Nestas Condições estão elencadas as Coberturas que podem ser contratadas neste Plano. Abaixo, estabelecemos algumas características das Coberturas:

33.2. As Coberturas, quando contratadas, iniciam-se simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou

em data posterior, por meio de aditivo, quando a Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

33.3. Os prêmios e Capitais de cada Cobertura estará previsto na Proposta de Contratação e no Contrato.

33.4. O quadro abaixo apresenta, para cada Cobertura, as seguintes informações: data do evento, início de vigência, períodos de carência, franquias, capital segurado, âmbito territorial e prêmios previstos. A interpretação e aplicação dessas informações devem ser realizadas em conjunto com as Condições Gerais, Especiais, bem como com os parâmetros e termos estabelecidos no Contrato e na Apólice Coletiva.

COBERTURA	DATA EVENTO	INÍCIO DE VIGÊNCIA	CARÊNCIA	FRANQUIA	CAPITAL SEGURADO	ÂMBITO TERRITORIAL	PRÊMIO
Morte	Data da morte do segurado	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice	Não há	Definido na Proposta de Contratação e será considerado vigente na data do Evento	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Morte Acidental	Data do Acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Definido na Proposta de Contratação e será considerado vigente na data do Evento	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Invalidez Permanente Acidente (IPA)	Data do Acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Item 4 das Condições Especiais	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	Data do Acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Item 4 das Condições Especiais	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Invalidez por Doença Funcional - IPDF	Data indicada na Declaração Médica e aceita pela Seguradora, a partir da qual a evolução do quadro de saúde do Segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais ou data de constatação de um dos quadros previstos no item 3.1.1.	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice	Não há	Definido na Proposta de Contratação e será considerado vigente na data do Evento	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura de Verbas Rescisórias - VR	Data da morte do segurado	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Território Nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva

Cobertura de Verbas Rescisórias por Acidente - VRA	Data do Acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Território Nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura de Doença Congênita de Filhos - DCF	Item 4.2. das Condições Especiais	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice.	Não há	Item 4 das Condições Especiais	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Despesas Diversas	Data da morte do segurado para efeito de Morte e Data do Acidente para efeito de Morte Acidental	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice. Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá carência	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Despesas Diversas por Acidente - DDA	Data Acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva

Cobertura de Auxílio Funeral - AUXF	Data Morte	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura de Auxílio Funeral por Acidente- AUXFA	Data Acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Assistência Funeral (AF)	Data Morte	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Assistência Funeral por Acidente (AFA)	Data Acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura de Cesta Básica (CB)	Data Morte para Morte (Básica) e Data Acidente para Morte Acidental e Invalidez	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Território Nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva

			apólice. Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá carência				
Cobertura Adicional de Cesta Básica por Acidente (CBA)	Data Acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Território Nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura Suplementar de Inclusão ao Cônjuge (IC)	Data Morte ou Data do Acidente, conforme a Cobertura	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice. Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá carência	Não há	Corresponde a um percentual da Cobertura do Titular, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva	Segue a Cobertura do Titular	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura Suplementar de Inclusão de Filhos (IF)	Data Morte ou Data do Acidente, conforme a Cobertura	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice. Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá carência	Não há	Corresponde a um percentual da Cobertura do Titular, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva	Segue a Cobertura do Titular	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva

Cobertura de Despesas Médico Hospitalares por Acidente (DMHO)	Data Acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do acidente.	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura Adicional de Cesta Básica por Acidente de Trabalho (CBAT)	Data Morte ou Data do Acidente, conforme a Cobertura	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Território Nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Auxílio Medicamento por Acidente (AUXMA)	Primeiro dia de afastamento por acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	15 (quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do acidente.	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Território Nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Auxílio Medicamento por Acidente de Trabalho (AMAT)	Data da ocorrência do acidente de trabalho	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Território Nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Adaptação de Casa e/ou Veículo (ADPT)	Data do efetivo dispêndio pelo segurado	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Território Nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva

Adaptação de Casa e/ou Veículo por Invalidez (ADPTINV)	Data do acidente que causou a invalidez	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice. Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá carência	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Território Nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura de diária de internação hospitalar (DIH)	Primeiro dia da hospitalização	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice. Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá carência	12 (doze) horas a contar do horário inicial de internação hospitalar	Corresponde a cada diária de hospitalização o devendo o seu valor ser multiplicado pelo Período de Hospitalização Indenizável	Território Nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura de diária de internação hospitalar em unidade de terapia intensiva por acidente (DIHAUTI)	Primeiro dia da internação em U.T.I.	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice. Para eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá carência	12 (doze) horas a contar do horário inicial de internação hospitalar	Corresponde a cada diária de internação em U.T.I	Território Nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva

Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)	Primeiro dia de afastament o por acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Até 15 dias	Valor da diária multiplicado pelo período de afastamento	Território nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DITAD)	Primeiro dia de afastament o por doença ou acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice	Até 15 dias	Valor da diária multiplicado pelo período de afastamento	Território nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Indenização Especial de Filhos Póstumos (IEFP)	Data do óbito do titular	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Invalidez Laborativa Total Permanente por Doença Profissional (ILTP-D)	Laudo médico indicando o início da invalidez.	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Invalidez Permanente Total por Acidente a Trabalho (IPAT)	Data do acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva

Morte acidental por acidente de trabalho (MAAT)	Data do acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	2 anos para suicídio	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Auxílio Natalidade (AN)	Data do nascimento do filho	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Auxílio natalidade Pré Mature (ANPN)	Data do nascimento pré-maturo do filho	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualme nte, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura Auxílio Creche e Educação em Caso de Morte (AUXC)	Data do óbito do titular	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura Auxílio funeral por acidente de trabalho (AUXFAT)	Data da ocorrência do acidente de trabalho	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva

Cobertura Benefício Capacitação por Morte ou Incapacidade Permanente do Trabalhador (BCMIPT)	Data do óbito do titular ou a data do acidente que causou a invalidez	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura de Cirurgia decorrente de acidente pessoal (CDA)	Data do diagnóstico comprovado da doença grave	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura de diagnóstico de Doenças Graves (DG)	Data do diagnóstico da doença grave	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice	Até 90 dias após o diagnóstico	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura de Doença Terminal (DT)	Data da constatação médica do estágio terminal	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Até 2 anos ou metade da vigência	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura Pré-Inventário por Morte (BPI)	Data do óbito do titular	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Estabelecida contratualmente, limitada a 50% do período de vigência da apólice, contados a partir do início de vigência a apólice	Não há	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva

Cobertura de indenização complementar ao empregado por afastamento por acidente laboral (ICAAL)	Primeiro dia de afastamento o por acidente de trabalho	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Até 30 dias ininterruptos por evento	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Território nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura de Indenização Especial ao Empregador por Afastamento por Acidente Laboral (IEAAL)	Primeiro dia de afastamento o por acidente de trabalho	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Até 30 dias ininterruptos por evento	Corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.	Território nacional	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva
Cobertura de Fratura Óssea (FO1)	Data da ocorrência do acidente	Simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.	Não há	Não há	Estabelecido contratualmente para cada membro da Tabela de Lesões Cobertas	Globo terrestre	Previsto na Proposta Contratual e na Apólice Coletiva



COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos previstos nas Condições Gerais, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Contratuais e as demais disposições contratuais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33 aplica-se os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

3. DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos previstos nas Condições Gerais, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Contratuais e as demais disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÃO

2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

3. DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. Esta cobertura quando contratada conjuntamente com a cobertura de Morte, em caso de morte decorrente de acidente pessoal coberto, as coberturas de Morte e cobertura de Morte Acidental se acumulam.

3.2. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais disposições.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. **Invalidez Permanente por Acidente:** para fins desta cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 7 desta cobertura, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item

2.33 aplica-se os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O cálculo do capital segurado individual para esta cobertura será estabelecido contratualmente.

4.2. Para fins desta a cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do

Capital Segurado Individual, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado Individual efetuada posteriormente ao acidente.

4.3. A Indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente parcial ou total por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.

4.4. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

4.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

4.6. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

4.7. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a caracterização de outra cobertura de invalidez permanente por acidente e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
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 membro inferior	100%
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
	Perda total do uso de ambos os pés	100%
	Alienação mental total e incurável	100%
	Nefrectômica bilateral	100%
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
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%

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE o CAPITAL
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70%
	Perda total do uso de uma das mãos	60%
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50%
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30%
	Anquilose total de um dos ombros	25%
	Anquilose total de um dos cotovelos	25%
	Anquilose total de um dos punhos	20%
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25%
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18%
	Perda total do uso da falange distal do polegar	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: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE o CAPITAL
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%
	Anquilose total de um dos joelhos	20%
	Anquilose total de um dos tornozelos	20%
	Anquilose total de um quadril	20%
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25%
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10%
	Amputação de qualquer outro dedo	03%
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15%
	- De 4 (quatro) centímetros	10%
	- De 3 (três) centímetros	06%
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem Indenização	
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE o CAPITAL
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05%
	Em grau médio	10%
	Em grau máximo	20%
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25%
	Perda total do olfato	07%
	Perda do olfato com alterações gustativas	10%
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15%
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	07%
	Unilateral com fístulas	15%
	Bilateral	14%
	Bilateral com fístulas	25%
	LESÕES DA PÁLPEBRA	
	Ectrópio unilateral	03%
	Ectrópio bilateral	06%
	Entrópio unilateral	07%
	Entrópio bilateral	14%
	Má oclusão palpebral unilateral	03%
	Má oclusão palpebral bilateral	06%
	Ptose palpebral unilateral	05%
	Ptose palpebral bilateral	10%
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50%
	Perda de substância (palato mole e duro)	15%
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08%
	Amputação total das duas orelhas	16%

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	Perda do Baço	15%
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15%
	Cistostomia (definitiva)	30%
	Incontinência urinária permanente	30%
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	com função renal preservada	30%
	Redução da função renal (não dialítica)	50%
	Redução da função renal (dialítica)	75%
	Perda de rim único	75%
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05%
	Perda de dois testículos	15%
	Amputação traumática do pênis	40%
	Perda de um ovário	05%
	Perda de dois ovários	15%
	Perda do útero antes da menopausa	30%
	Perda do útero depois da menopausa	10%
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15%
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15%
	Traqueostomia definitiva	40%
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10%
	RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA - PARCIAL OU TOTAL)	
	com função respiratória preservada	15%
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25%
	com redução em grau médio da função respiratória	50%
	com insuficiência respiratória	75%

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10%
	Mastectomia bilateral	20%
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20%
	Gastrectomia total	40%
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20%
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40%
	INTESTINO GROSSO	
	Colecotomia parcial	20%
	Colecotomia total	40%
	Colestomia definitiva	40%
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30%
	Incontinência fecal com prolapso	50%
	Retenção anal	10%
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10%
	Lobectomia com insuficiência hepática	50%
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20%
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20%
	Síndrome pós-concussional	05%

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1.OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais disposições.**

2.DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total de algum membro ou órgão prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme item 7 desta cobertura, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.2.1. Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura.

2.2.2. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

2.2.3. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33 aplica-se os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar na apólice do Seguro.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

4.3. Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura

4.4. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

4.5. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1. As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a caracterização de outra cobertura de invalidez permanente por acidente e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%SOBRE O CAPITAL
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 membro inferior	100%
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
	Perda total do uso de ambos os pés	100%
	Alienação mental total e incurável	100%
	Nefrectomia bilateral	100%

8.DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL (IPD-F)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Funcional Total e Permanente, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais disposições.**

1.1.1. O pagamento da Indenização relativa a esta cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, exceto para as coberturas exclusivamente relacionadas a acidente, que poderão ser mantidas, desde que previsto no Contrato.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Agravo Mórbido: piora de uma doença.

2.2. Alienação Mental: distúrbio mental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), da realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para exercer as atividades da vida civil.

2.3. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.4. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.

2.5. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.6. Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Regional de Medicina.

2.7. Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

2.8. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.9. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.10. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.11. Dados Antropométricos: no caso da cobertura de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.

2.12. Deambular: ato de andar livremente.

2.13. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.14. Deficiência Visual: perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.

2.15. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.16. Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que traz alterações clínicas.

2.17. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

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

2.20. Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações 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.

2.21. Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

2.22. Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

2.23. Etiologia: causa de cada doença.

2.24. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.25. Higidez: estado saudável.

2.26. Médico Assistente: médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.27. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.28. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.29. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.30. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.31. Relações autonômicas: entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.

2.32. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.33. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

2.34. Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.35. Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Considera-se como Risco Coberto, a perda da existência independente do Segurado, assim entendida como a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das Relações Autonômicas do Segurado.

3.1.1. A caracterização de quadro clínico incapacitante será feita segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotado pela classe médica especializada de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes **única e exclusivamente de:**

- a) **doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;**
- b) **doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu 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);**

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:

- cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

- baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

- casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;

- ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

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

i) estados mórbidos, a seguir relacionados:

- perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

- perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

- perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2. Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (anexo), e que o Segurado atinja a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.2.1. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (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).

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

3.2.1.2. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.2.1.3. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.2.2. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

3.2.3. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos expressamente excluídos do item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;

b) quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;

c) doenças agravadas por traumatismos;

d) invalidez que limite total ou parcialmente a capacidade laborativa do Segurado.

5. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

5.1. A concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, ainda que por instituições oficiais de previdência social, ou por órgãos do poder público ou mesmo por outras instituições público-privadas, não caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente por doença funcional.

5.2. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.

ANEXO À COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1 TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

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

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

DOCUMENTO 2 - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbididade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08



COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS (VR)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Estipulante o pagamento de uma Indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, 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, das Condições Gerais e demais disposições contratuais.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental e a ela se vincula, **de forma que somente será devida, se caracterizada a Cobertura de Morte e/ou Morte Acidental.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como, mas não se limitando a, empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias, academias, entre outros), associações com grêmios, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos.

3. DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS POR ACIDENTE (VRA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Estipulante o pagamento de uma Indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais disposições.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura Morte Acidental e a ela se vincula, **de forma que somente será devida, se caracterizada a Cobertura relativa à cobertura de Morte Acidental.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33 e os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) a quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como, mas não se limitando a, empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias, academias, entre outros), associações com grêmios, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos.



COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico de Doença Congênita incapacitante que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor de seu(s) filho(s), exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados **os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais disposições.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Doença Congênita: 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados nos riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a::

a) doenças infectocontagiosas transmitidas de mãe para filho;

b) complicações do parto ou aborto.

3.2. Não estão amparados de cobertura para esta cobertura os natimortos (fetos que morreram dentro do útero ou durante o parto).

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura corresponde a um percentual da cobertura de Morte, previsto na Proposta de Contratação e na Apólice Coletiva.

4.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para determinação do Capital Segurado, a data de constatação do comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor do filho, atestado pelo médico assistente do mesmo, devendo ser caracterizada durante a vigência da apólice e comprovada por documentação médica pertinente e reconhecida pela Seguradora.

5.DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura , por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.



COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS (DD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura , desde que contratada, 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 , das Condições Gerais e as demais disposições.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental e a elas se vinculam, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura de Morte ou Morte Acidental.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33 aplica-se os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura , por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.



COBERTURA DE DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE - (DDA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura , desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais disposições.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte Acidental.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33. aplica-se os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.



COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL - (AUXF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura , desde que contratada, 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 , das Condições Gerais e as demais disposições.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura de Morte ou Morte Acidental.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

3. DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.



COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE- (AUXFA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura , desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura , das Condições Gerais e as demais disposições .**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será

devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte Acidental.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Glossário" das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33 aplica-se os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL - (AF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. O eventual reembolso será efetuado diretamente ao responsável pelo pagamento das despesas com funeral, mediante comprovação por meio da apresentação de notas fiscais originais.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1. As Disposições Contratuais estabelecerão os itens cobertos para a prestação dos serviços de Assistência Funeral, que serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços.

3.1. A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou indenização de quaisquer despesas.

3.2. A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

3.3. O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

3.4. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. **Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta cobertura, se a cobertura for devida.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33 e os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Roupas em geral
- b) anúncio em rádio ou jornal;
- c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d) xerox da documentação;
- e) café, bebidas e refeições em geral;
- f) compra de Jazigo;
- g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h) lápides e/ou gravações;
- i) cruzeiros;
- j) reforma em geral no jazigo;

- k) exumação de corpo em jazigo da família;
- l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m) necromaquiagem;
- n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;
- o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado.

3.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

4. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

4.1 Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado contratualmente, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

4.2 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas em Reais (R\$) com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para esta cobertura.

4.3 O pagamento do Capital Segurado relativo à presente assistência não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer das coberturas eventualmente contratadas.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

3.2. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL POR ACIDENTE - (AFA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso exclusivamente de Morte Acidental do Segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. O eventual reembolso será efetuado diretamente ao responsável pelo pagamento das despesas com funeral, mediante comprovação por meio da apresentação de notas fiscais originais.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1. As Disposições Contratuais estabelecerão os itens cobertos para a prestação dos serviços de Assistência Funeral, que serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços.

2.2. A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou Indenização de quaisquer despesas.

2.3. A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

2.4. O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

2.5. Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. **Neste caso, o responsável pelo pagamento das**

despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta cobertura , se a cobertura for devida.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33. e os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) roupas em geral
- b) anúncio em rádio ou jornal;
- c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d) xerox da documentação;
- e) café, bebidas e refeições em geral;
- f) compra de Jazigo;
- g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h) lápides e/ou gravações;
- i) cruzeiros;
- j) reforma em geral no jazigo;
- k) exumação de corpo em jazigo da família;
- l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m) necromaqueiagem;
- n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;
- o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado;

3.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

4. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

4.1 Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 horas, no Brasil em chamada gratuita, ou no exterior em chamada a cobrar, conforme mencionado contratualmente, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

4.2. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas em Reais (R\$) com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para esta cobertura .

4.3. O pagamento do Capital Segurado relativo à presente assistência não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer das coberturas eventualmente contratadas.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.



COBERTURA DE CESTA BÁSICA- (CB)

1.OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado o pagamento de Indenização, a título de auxílio-alimentação, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais disposições, em uma das 3 (três) hipóteses indicadas abaixo, que deverá ser estabelecida contratualmente:

- a) Em caso de falecimento, seja decorrente de causa natural ou acidental do Segurado;
- b) Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;

c) Em caso em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado e de seu falecimento.

1.2. Esta Cobertura somente será devida se caracterizada a Cobertura de Morte, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente, Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença ou Reembolso à Empresa das Despesas com Afastamento Acidentário Laborativo, a depender das hipóteses estabelecidas contratualmente, de acordo com o item 1.1

1.3. As Condições Contratuais preverão se o pagamento da Indenização será realizado por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético ou, ainda, em espécie.

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Glossário" das Condições Gerais deste seguro.

3. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

3.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

3.1.1 O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

3.2. A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.

a) As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

b) Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

4. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

4.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

4.2 Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR ACIDENTE - (CBA)

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado o pagamento de Indenização, a título de auxílio-alimentação, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais disposições, em uma das 3 (três) hipóteses indicadas abaixo, que deverá ser estabelecida contratualmente:**

a) exclusivamente, em caso de Morte Acidental do Segurado;

b) exclusivamente em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;

c) em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado e de sua Morte Acidental.;

1.1.1. Esta cobertura poderá ser contratada considerando combinações entre os itens mencionados acima.

1.2. Esta cobertura somente será devida se caracterizada a Cobertura de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente, a depender das hipóteses estabelecidas contratualmente, de acordo com o item 1.1.

1.3. As Condições Contratuais preverão se o pagamento da Indenização será realizado por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético ou, ainda, em espécie.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Glossário" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Deverão ser observadas as definições de cada cobertura vincula a esta contratação, conforme disposto no item 1.2.

3. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

3.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

3.1.1. O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

3.2. A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.

3.2.1. As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

3.2.2. Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

5. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

5.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

5.2 Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

6. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE

6.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da Indenização, serão necessários os documentos básicos listados na cobertura correspondente.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de falecimento do Cônjuge do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu Cônjuge, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura Suplementar, das Condições Gerais, da(s) cobertura (s) eventualmente contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Não poderá participar desta cobertura Suplementar, o cônjuge que faça parte do mesmo Grupo Segurado como

Segurado, ainda que tenha pago o Prêmio, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

1.3. Esta cobertura Suplementar somente poderá ser contratada, se for extensiva da(s) cobertura (s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Cônjuge: é a(o) esposa(o) do Segurado(a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas que poderão ser contratadas para o Cônjuge serão estabelecidas contratualmente e obedecerão as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao Cônjuge.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura Suplementar de Cônjuge todos os riscos definidos como excluídos das coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Somente poderão participar do seguro os Cônjuges que obedecem às regras de aceitação definidas nesta cobertura, nas Condições Gerais, na(s) cobertura (s) contratada(s) e demais Disposições Contratuais.

6. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

6.1. A cobertura para Cônjuge poderá ser:

a) **automática:** quando estarão cobertos automaticamente todos os Cônjuges dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

b) **facultativa:** quando serão incluídos os Cônjuges dos Segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado para esta cobertura Suplementar será equivalente a um percentual do Capital Segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectivas cobertura (s) contratada(s).

7.2. O Capital Segurado e coberturas contratadas serão estabelecidas contratualmente, sendo que o Capital Segurado para o Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para o Segurado, na(s) respectiva(s) cobertura (s) contratadas.

7.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas cobertura s contratadas para o Segurado.

8. BENEFICIÁRIO(S)

8.1. Na hipótese da contratação de coberturas decorrentes do falecimento do Cônjuge, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado. Em caso de coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a Indenização, quando cabível, será ao próprio cônjuge.

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Início de vigência da Cobertura Suplementar

9.1.1. A(s) respectiva(s) cobertura(s) contratada(s) para o Cônjuge começa(m) a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, e no item “Cessação de Cobertura Individual” de cada uma das coberturas contratadas para o Cônjuge, a(s) cobertura (s) do risco a que se refere(m) esta cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura Suplementar.

10.1.1. Cessação da cobertura individual

- a) com a cessação da condição de Cônjuge, seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança de Prêmio;
- b) quando o Segurado solicitar a exclusão de seu Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa;
- c) com o falecimento do Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - (IF)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de falecimento do(s) o(s) Filho(s) do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) cobertura (s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu(s) Filho(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos**, observados os demais termos desta cobertura Suplementar, das Condições Gerais, da(s) cobertura(s) eventualmente contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.

1.2. Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo Grupo Segurado, os Filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado para efeito desta cobertura Suplementar.

1.3. Esta cobertura Suplementar somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura Suplementar de Cônjuge e cobertura de Morte exceto se houver Disposição Contratual em contrário e se for extensiva

da(s) cobertura (s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Filho(s):** para efeito desta Cobertura Suplementar é(são) o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas que poderão ser contratadas para o(s) Filho(s) serão estabelecidas contratualmente e obedecerão as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao(s) Filhos(s).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos desta cobertura Suplementar de Filho(s) todos os riscos definidos como excluídos das coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

5. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

5.1. A inclusão do(s) Filho(s) do Segurado será automática, de forma que estarão cobertos automaticamente todos os Filhos dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado para esta cobertura Suplementar será equivalente a um percentual do Capital Segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectivas cobertura(s) contratada(s).

6.2. O Capital Segurado e coberturas contratadas, serão estabelecidas contratualmente, sendo que o Capital Segurado para o(s) Filho(s) não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado

para o Segurado, na(s) respectiva(s) cobertura(s) contratadas.

6.3. Para os Filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura Suplementar, independentemente do Capital Segurado, se limita ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

6.4. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas coberturas contratadas para o Segurado.

7. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

7.1. Na hipótese da contratação das coberturas decorrentes de falecimento do filho do segurado, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado. Em caso de coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a Indenização, quando cabível, será ao(s) próprio(s) Filhos(s).

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

8.1. Início de vigência da cobertura Suplementar

9.1.1. A(s) respectiva(s) cobertura(s) contratadas para o(s) Filho(s) começa(m) a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

8.2. Início de vigência dos riscos individuais

9.2.1. Desde que atendidas as premissas indicadas acima, a cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar a partir da caracterização da condição de Filho(s) de acordo com o item 8.1 acima.

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, e no item “Cessação de cobertura” de cada uma das coberturas contratadas para o(s) Filho(s), a(s) cobertura(s) do risco a que se refere(m) esta cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das coberturas contratadas ou da presente cobertura Suplementar e/ou da cobertura Suplementar de Cônjuge.

9.2. A cobertura individual cessa em caso de extinção da condição de Filho(s).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - (DMHO)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o reembolso, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, incorridas a critério e sob orientação médica, necessárias ao restabelecimento do Segurado, realizadas em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais disposições.**

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas quando o Acidente Pessoal ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado e desde que iniciadas nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33 aplica-se os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

5.1. Para a análise do pagamento da Indenização, serão necessários os mesmos documentos listados na Cláusula 20 das Condições Gerais, na respectiva cobertura

5.2. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas em Reais (R\$) com base no câmbio oficial de venda na data e em moeda do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites de Capitais Segurados estabelecidos contratualmente para esta cobertura .

5.3. Possuindo o Segurado mais de um contrato de seguro, nesta ou em outra Seguradora e que garanta o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual, em cada cobertura , à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada cobertura em todas as apólices em vigor na data da ocorrência do acidente.

5.4. A Seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com os prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos para que o Segurado possa ter acesso ao serviço médico sem a necessidade de desembolso do valor. Porém, a utilização ou não destes prestadores conveniados deve ficar a critério exclusivo do Segurado.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura , por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura , têm função subsidiária.



COBERTURA ADICIONAL CESTA BÁSICA POR ACIDENTE DE TRABALHO (CBAT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) ao próprio Segurado o pagamento de Indenização, a título de auxílio-alimentação, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais, em uma das 3 (três) hipóteses indicadas abaixo, que deverá ser estabelecida contratualmente:

- a) exclusivamente, em caso de Morte por acidente de trabalho do Segurado;**
- b) exclusivamente em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente de trabalho IPAT do Segurado;**
- c) Em caso de Afastamento involuntário das atividades laborativas do Segurado causado por doença ou acidente pessoal coberto;**

1.1. Esta cobertura poderá ser contratada considerando combinações entre os itens mencionados acima.

1.2. Esta cobertura somente será devida se caracterizada a Cláusula de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente, Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Reembolso à Empresa das Despesas com afastamento Acidentário Laborativo a depender das hipóteses estabelecidas contratualmente, de acordo com o item 1.1.

1.3. As Disposições Contratuais preverão se o pagamento da Indenização será realizado por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos ou pelo crédito em cartão magnético ou, ainda, em espécie.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Glossário" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Deverão ser observadas as definições de cada cobertura vincula a esta contratação, conforme disposto no item 1.1.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33 aplica-se os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais.

4. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

4.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

4.1.1. O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

4.2. A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.

4.2.1. As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

4.2.2. Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

5. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

5.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

5.2. Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

6. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE

6.1. Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da Indenização, serão necessários os documentos básicos listados na cobertura correspondente.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTOS POR ACIDENTE (AUXMA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, possibilita o reembolso ao contratante das despesas com medicamentos, efetuadas para o tratamento do segurado, sob orientação médica em caso de afastamento, desde que decorrente exclusivamente, de acidente pessoal coberto, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33. aplica-se os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Tratamento endovascular de aneurisma da artéria aorta (endoprótese);
- b) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;
- c) estado de convalescença (após a alta médica);
- d) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- e) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.
- f) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE AUXÍLIO MEDICAMENTOS POR ACIDENTE DE TRABALHO (AMAT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, possibilita ao Segurado o reembolso das despesas com medicamentos, efetuadas para o tratamento do segurado, sob orientação médica em caso de afastamento, necessárias ao restabelecimento do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente de Trabalho, típico ou de trajeto, coberto, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente de Trabalho ou “in tinere”: acidente pessoal, de acordo com a definição constante no item “Glossário” destas Condições, desde que ocorrido durante o exercício do trabalho a serviço da empresa ou durante o percurso entre a residência do trabalhador e o local de trabalho ou vice-versa.

2.2. Acidente Típico: acidente que pode ocorrer em decorrência do exercício da função profissional do empregado a serviço da Empresa.

2.3. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou durante o trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33. aplica-se os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Tratamento endovascular de aneurisma da artéria aorta (endoprótese);

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE ADAPTAÇÃO DE CASA E/OU VEÍCULO (ADPT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante o reembolso das despesas havidas com a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado titular do seguro venha, por determinação de um médico, necessitar desta alteração e/ou modificação, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2. As despesas com a referida adequação supra devem ter ocorrido em até 18 (dezoito) meses a contar do acidente coberto, ocorrido durante a vigência da apólice.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Alteração de Casa: todas as mudanças na residência habitual do Titular do seguro que são necessárias para tornar o local de moradia acessível e habitável para ele diante da ocorrência do Acidente Pessoal coberto.

2.2. Modificação de veículo: todas as alterações no veículo de uso particular do Titular do Seguro que são necessárias para tornar o veículo acessível para que o segurado possa guiá-lo.

2.3. Residência Habitual: residência onde o titular do seguro more de forma habitual. Não são consideradas como residência habitual as casas de veraneio do segurado principal.

2.4. Veículo Particular: veículo automotor de 4 (quatro) rodas, com capacidade máxima para 9 (nove) passageiros, fabricado para andar em ruas e rodovias públicas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33. aplica-se os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linhas regulares;
b) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidade acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA AUXÍLIO ADAPTAÇÃO CASA E/OU VEÍCULO POR INVALIDEZ (ADPTINV)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante indenização para a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular, até o valor do capital segurado contratado para esta garantia, caso o segurado titular tenha uma invalidez permanente parcial ou total por acidente, em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item "Glossário" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 6 desta Cobertura, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.3. A Indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente parcial ou total por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.

2.4. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e

cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

2.6. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

2.7. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33, aplica-se os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal. cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

4. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
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 membro inferior	100%
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
	Perda total do uso de ambos os pés	100%
	Alienação mental total e incurável	100%
	Nefrectômica bilateral	100%
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
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%

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE o CAPITAL
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70%
	Perda total do uso de uma das mãos	60%
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50%
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30%
	Anquilose total de um dos ombros	25%
	Anquilose total de um dos cotovelos	25%
	Anquilose total de um dos punhos	20%
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25%
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18%
	Perda total do uso da falange distal do polegar	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: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE o CAPITAL
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%
	Anquilose total de um dos joelhos	20%
	Anquilose total de um dos tornozelos	20%
	Anquilose total de um quadril	20%
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25%
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10%
	Amputação de qualquer outro dedo	03%
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15%
	- De 4 (quatro) centímetros	10%
	- De 3 (três) centímetros	06%
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE o CAPITAL
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05%
	Em grau médio	10%
	Em grau máximo	20%
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25%
	Perda total do olfato	07%
	Perda do olfato com alterações gustativas	10%
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15%
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	07%
	Unilateral com fistulas	15%
	Bilateral	14%
	Bilateral com fistulas	25%
	LESÕES DA PÁLPEBRA	
	Ectrópio unilateral	03%
	Ectrópio bilateral	06%
	Entrópio unilateral	07%
	Entrópio bilateral	14%
	Má oclusão palpebral unilateral	03%
	Má oclusão palpebral bilateral	06%
	Ptose palpebral unilateral	05%
	Ptose palpebral bilateral	10%
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50%
	Perda de substância (palato mole e duro)	15%
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08%
	Amputação total das duas orelhas	16%

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	Perda do Baço	15%
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15%
	Cistostomia (definitiva)	30%
	Incontinência urinária permanente	30%
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	com função renal preservada	30%
	Redução da função renal (não dialítica)	50%
	Redução da função renal (dialítica)	75%
	Perda de rim único	75%
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05%
	Perda de dois testículos	15%
	Amputação traumática do pênis	40%
	Perda de um ovário	05%
	Perda de dois ovários	15%
	Perda do útero antes da menopausa	30%
	Perda do útero depois da menopausa	10%
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15%
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15%
	Traqueostomia definitiva	40%
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10%
	RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA - PARCIAL OU TOTAL)	
	com função respiratória preservada	15%
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25%
	com redução em grau médio da função respiratória	50%
	com insuficiência respiratória	75%

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10%
	Mastectomia bilateral	20%
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20%
	Gastrectomia total	40%
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20%
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40%
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20%
	Colectomia total	40%
	Colestomia definitiva	40%
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30%
	Incontinência fecal com prolapso	50%
	Retenção anal	10%
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10%
	Lobectomia com insuficiência hepática	50%
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20%
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20%
	Síndrome pós-concussional	05%

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização proporcional ao período de internação, em caso de sua hospitalização causada por doença ou Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

1.3. Nos casos em que, durante a internação hospitalar, o Segurado utilizar a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a diária referente ao período de permanência nessa Unidade, será paga em dobro em relação ao valor fixado contratualmente para esta cobertura.

1.4. Esta cobertura poderá ser contratada para cônjuge, filhos e enteados do Segurado Principal, de acordo com a opção de plano contratado.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- b) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- c) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- d) “Home care” (internação domiciliar)

2.3. Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico hospitalar que não possa ser realizado em residência.

2.4. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de doença ou Acidente Pessoal coberto, a contar do término do período de Franquia.

2.5. Período de Hospitalização Indenizável: é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao número de pernoites que o Segurado permanecer hospitalizado. O Segurado terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente se permanecer hospitalizado somente um dia, desde que a Hospitalização seja superior a 12 (doze) horas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, item 2.33. aplica-se os riscos excluídos do item 4 das Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- b) gravidez tópica ou ectópica,
- c) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e bem como suas consequências;
- d) cirurgia para correção de fimose;
- e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- f) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- h) cirurgias plásticas (estéticas ou não);

- i) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- j) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
- k) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
- l) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

4. LIMITE DE DIÁRIAS

4.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR ACIDENTE (DIHAUTI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de sua hospitalização em U.T.I (Unidade de Terapia Intensiva), causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- b) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- c) casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- d) “Home care” (internação domiciliar).

2.3. Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação em U.T.I, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico hospitalar e que não possa ser realizado em residência.

2.4. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver internado na U.T.I por motivo de Acidente Pessoal coberto, a contar do término do período de Franquia.

2.5. Período de internação em UTI Indenizável: é a quantidade de diárias indenizáveis correspondente ao número de pernoites que o Segurado permanecer internado na U.T.I.

O Segurado terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente se permanecer internado somente um dia, desde que a internação na UTI seja superior a 12 (doze) horas consecutivas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no 4 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Hospitalizações em qualquer outro tipo de acomodação diferente de unidade de terapia Intensiva (UTI);

b) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal - check-up e investigação diagnóstica;

c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

d) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;

e) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

f) cirurgias plásticas (estéticas ou não);

g) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia;

h) disponibilidade para exames; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up.

i) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;

o) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;

j) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;

k) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie e reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;

l) Diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;

m) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;

n) Internação hospitalar por motivo tratamento de senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença ou emagrecimento estético;

o) Despesas realizadas com acompanhantes do Segurado;

p) Quaisquer tratamentos decorrentes de doenças psiquiátricas, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;

q) Todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

4. LIMITE DE DIÁRIAS

4.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e

cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de afastamento involuntário das suas atividades laborativas causado exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Glosário" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. **Afastamento Involuntário:** Impossibilidade continua e ininterrupta do Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

2.3. **Limite Máximo de Diárias Indenizáveis:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades laborativas por motivo de Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

3. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

3.1.1. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno as atividades laborativas.

4. LIMITE DE DIÁRIAS

5.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DITAD)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de afastamento involuntário das suas atividades laborativas causado por doença ou Acidente Pessoal cobertos, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, **observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As Indenizações previstas nesta cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia e respeitado o Limite Máximo de Diárias Indenizáveis.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Glossário" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Afastamento Involuntário: Impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

2.3. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver afastado de suas atividades laborativas por motivo de doença ou Acidente Pessoal, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no 4 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) gravidez, procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- b) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- c) cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- d) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- e) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- f) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- g) doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
- h) doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- i) doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- j) infecções oportunistas
- k) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- l) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- m) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

4.2. Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contados da data do último retorno as atividades laborativas.

5. LIMITE DE DIÁRIAS

5.1. O limite de diárias será estabelecido contratualmente, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da Apólice.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE FILHOS PÓSTUMOS (IEFP)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento de uma indenização, em caso de morte do titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o **período gestacional**.

1.2. Quando o titular for do sexo masculino, a indenização será devida desde que o nascimento do nascituro ocorra até 300 (trezentos) dias corridos a partir da data do óbito do titular.

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

1.4. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item "Glossário" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Nascituros: serão considerados nascituros para fins desta cláusula, 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.

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

2.4. Responsáveis Legais: Mãe/Pai ou responsável legal com poder jurídico comprovado de representar o menor de idade.

2.5. Período Gestacional: período entre a concepção e o momento do parto/nascimento do bebê.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Nascimentos ocorridos com data anterior à data do óbito do segurado titular;

b) Natimorto;

c) Adoção.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1. Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA TOTAL PERMANENTE POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILTP-D)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, em caso de risco coberto, garante ao Segurado, a **antecipação** do pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual da garantia de Morte, caso se caracterize, estado de Invalidez Definitiva por Consequência de Doença Profissional adquirida no ambiente profissional, mediante declaração médica, assinada pelo médico, ou junta médica, responsável pelo laudo, caracterizando a incapacidade decorrente de Doença Profissional, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura exclui, imediata e automaticamente, o segurado da apólice.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Doença Profissional: Doença caracterizada como definitiva que tenha afetado o segurado exposto ao respectivo risco pela natureza da atividade ou condições ambientais profissionais.

2.2. Invalidez Definitiva por Consequência de Doença Profissional: será caracterizada por Doença Profissional que impeça o segurado de desempenhar definitivamente suas funções e pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e desde que a data de início de tratamento e/ou diagnóstico da Doença Profissional seja posterior a data de sua inclusão no seguro.

2.3. Não podem figurar como segurados, para esta Cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

2.4. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no 5 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, os eventos

ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Casos de invalidez permanente total gerada por doenças adquiridas fora do período de atividade profissional;

b) Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquicas causada por acidente pessoal;

c) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas sendo como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da invalidez não se enquadre integralmente na caracterização de Doença Profissional.

4. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

4.1. As Indenizações decorrentes de eventos de invalidez Laborativa total permanente por doença profissional (ILTP-D) não se acumula com Invalidez Permanente e Total por Doença Funcional (IPD-F).

5.2. Não estando comprovada a invalidez laborativa permanente e total por doença profissional, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais e Contratuais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE A TRABALHO (IPAT)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização adicional, caso a Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, tenha ocorrido exclusivamente enquanto o Segurado esteja desempenhando sua atividade laborativa regular, em seu local habitual de trabalho e/ou nas dependências

de trabalho, no valor determinado em contrato **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

2.1. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente de Trabalho: para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 6 desta Cobertura, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto e ocorram enquanto o Segurado esteja desempenhando sua atividade laborativa regular, em seu local habitual de trabalho e/ou nas dependências de trabalho, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.3. A Indenização será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente parcial ou total por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.

2.4. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

2.3. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

2.6.1 Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização. Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 4 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) qualquer acidente pessoal ocorrido enquanto o segurado está fora de suas atividades laborais e/ou do seu trabalho regular e/ou das dependências do seu trabalho regular.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

5.1. A Indenização decorrentes de eventos por invalidez permanente total ou parcial por acidente e invalidez permanente total ou parcial por acidente a trabalho se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a caracterização de outra Cobertura de invalidez permanente por acidente e/ou a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, será deduzido, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

6. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
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 membro inferior	100%
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
	Perda total do uso de ambos os pés	100%
	Alienação mental total e incurável	100%
	Nefrectomia bilateral	100%
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
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%

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE o CAPITAL
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	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: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE o CAPITAL
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
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE o CAPITAL
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05%
	Em grau médio	10%
	Em grau máximo	20%
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25%
	Perda total do olfato	07%
	Perda do olfato com alterações gustativas	10%
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15%
	LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
	Unilateral	07%
	Unilateral com fístulas	15%
	Bilateral	14%
	Bilateral com fístulas	25%
	LESÕES DA PÁLPEBRA	
	Ectrópio unilateral	03%
	Ectrópio bilateral	06%
	Entrópio unilateral	07%
	Entrópio bilateral	14%
	Má oclusão palpebral unilateral	03%
	Má oclusão palpebral bilateral	06%
	Ptose palpebral unilateral	05%
	Ptose palpebral bilateral	10%
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50%
	Perda de substância (palato mole e duro)	15%
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08%
	Amputação total das duas orelhas	16%

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	Perda do Baço	15%
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15%
	Cistostomia (definitiva)	30%
	Incontinência urinária permanente	30%
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	com função renal preservada	30%
	Redução da função renal (não dialítica)	50%
	Redução da função renal (dialítica)	75%
	Perda de rim único	75%
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05%
	Perda de dois testículos	15%
	Amputação traumática do pênis	40%
	Perda de um ovário	05%
	Perda de dois ovários	15%
	Perda do útero antes da menopausa	30%
	Perda do útero depois da menopausa	10%
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15%
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15%
	Traqueostomia definitiva	40%
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10%
	RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA - PARCIAL OU TOTAL)	
	com função respiratória preservada	15%
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25%
	com redução em grau médio da função respiratória	50%
	com insuficiência respiratória	75%

INVALIDEZ PERMANENTE	DESCRIMINAÇÃO	SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10%
	Mastectomia bilateral	20%
	ABDOMEM (ORGÃO E VISCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20%
	Gastrectomia total	40%
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20%
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40%
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20%
	Colectomia total	40%
	Colestomia definitiva	40%
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30%
	Incontinência fecal com prolapso	50%
	Retenção anal	10%
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10%
	Lobectomia com insuficiência hepática	50%
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20%
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20%
	Síndrome pós-concussional	05%

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA MORTE ACIDENTAL POR ACIDENTE DE TRABALHO (MAAT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exclusivo por Acidente de Trabalho, típico ou de trajeto coberto, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Para fins desta cobertura, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, ocorrido durante a vigência da apólice, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do segurado.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Acidente de Trabalho ou “in itinere”: acidente pessoal, de acordo com a definição constante no item 2.33 - Glossário destas Condições, desde que ocorrido durante o exercício do trabalho a serviço da empresa ou durante o percurso entre a residência do trabalhador e o local de trabalho ou vice-versa.

2.3. Acidente Típico: acidente que pode ocorrer em decorrência do exercício da função profissional do empregado a serviço da Empresa.

2.4. Comunicação de Acidente de Trabalho CAT): é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou durante o trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 4 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial da apólice, em conformidade com a legislação aplicável;
- b) Viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas, sequestradas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio de outrem ou salvo quando tal(is) atividade(s) tenha(m) sido declarada(s) pelo Segurado e a Seguradora tenha julgado o risco aceito;
- c) Sinistros ocorridos fora do horário comercial estabelecido em contrato de trabalho, nem tampouco eventos decorrentes de atividades não exercidas para a empresa contratante, atividades executadas fora da função e atribuição contratual, em períodos de férias, feriados e em período de licença do Segurado individual.
- d) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;
- e) Tratamento endovascular de aneurisma da artéria aorta (endoprótese);

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE (AN)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, tem o objetivo de auxiliar nas despesas iniciais decorrentes do nascimento.

1.2. Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascidos vivos **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.3. Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto.

2. DEFINIÇÃO

2.1. **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.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 4 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) Nascimentos fora da vigência do Seguro;
- b) Natimorto;
- c) Adoção.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

4. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA AUXÍLIO NATALIDADE PRÉ MATURO (ANPM)

1. OBJETIVO

1.1. Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, a título de auxílio natalidade, em caso de filho(s) nascido(s) vivo(s) prematuro(s) do próprio

segurado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido em contrato multiplicado pelo número de filhos nascidos prematuros vivos.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Pré Maduro: recém-nascido vivo, com menos de 37 semanas completas de gestação.

2.2. 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.

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

3. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA AUXÍLIO CRECHE E EDUCAÇÃO EM CASO DE MORTE (AUXC)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização limitado ao Capital Segurado contratado 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, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Quando o pai e a mãe trabalharem na mesma empresa, a cobertura não se acumula.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item "Glossário" das Condições Gerais deste seguro.

2.1.1. Creche/Escola Particular: Escola ou creche devidamente regularizada junto aos órgãos competentes.

2.1.2. Enteado: filho biológico somente do cônjuge ou companheiro(a) do Titular.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Considera-se risco coberto a matrícula e permanência, mínima de 2 (dois) meses, do(s) filho(s) de até 12 doze anos (11 anos, 11 meses e 29 dias) do segurado titular em creche/escola.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:

a) Matrícula e mensalidade de Filhos com idade superior a 12 doze anos.

b) Matrículas e mensalidades de Enteados do Segurado.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



AUXÍLIO FUNERAL POR ACIDENTE DE TRABALHO (AUXFAT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado em razão de doença provocada pela atividade laboral ou em virtude de acidente de trabalho, típico ou de trajeto coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições contratuais.**

1.2. Será estabelecido contratualmente se a Indenização relativa à presente Cobertura será ou não deduzida do Capital Segurado das Coberturas de Morte, Morte Acidental ou Morte Acidental por acidente de trabalho, na hipótese de Evento Coberto.

1.3. Também será estabelecido contratualmente se poderá ou não haver adiantamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura.

1.4. Quando houver adiantamento de Capital Segurado da Cobertura de Morte, este adiantamento não caracterizará o direito à cobertura da Cobertura de Morte, ficando à análise para pagamento da diferença da indenização sujeita as condições contratuais.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente de Trabalho ou “in tinere”: acidente pessoal, de acordo com a definição constante no item 2.33 - Glossário destas Condições, desde que ocorrido durante o exercício do trabalho a serviço da empresa ou durante o percurso entre a residência do trabalhador e o local de trabalho ou vice-versa.

2.2. Acidente Típico: acidente que pode ocorrer em decorrência do exercício da função profissional do empregado a serviço da Empresa.

2.3. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou durante o trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA BENEFÍCIO CAPACITAÇÃO POR MORTE OU INCAPACIDADE PERMANENTE DO TRABALHADOR (BCMIPT)

1. Objetivo

1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, com o

objetivo de capacitá-lo profissionalmente, na ocorrência de **morte do Segurado** decorrente de **causas naturais** ou **acidentais**, ou **Incapacidade Permanente e total do segurado**, seja decorrente de **Invalidez Total e Permanente por Doença – Funcional** ou **Invalidez Permanente Total por Acidente**, exceto se decorrente de **Riscos Excluídos**, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2. A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte, Morte Acidental, Invalidez Total e Permanente por Doença – Funcional ou Invalidez Permanente Total por Acidente, e a elas se vinculam, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte, Morte Acidental, Invalidez Total e Permanente por Doença – Funcional ou Invalidez Permanente Total por Acidente.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições

3. DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL (CDA)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao segurado o reembolso, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, das despesas médicas e hospitalares, em caso de gastos com eventos de Cirurgia decorrentes de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos**, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

As Indenizações previstas nesta Cláusula serão devidas quando o Acidente Pessoal ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado a partir da data do Acidente Pessoal.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 4 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses, salvo as próteses pela perda de dente(s) natural(is) decorrente de Acidente Pessoal coberto;
- b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função, diretamente afetadas por Evento Coberto pelo seguro;

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico(s) de doença(s) grave(s) prevista(s) nesta Cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. Será estabelecido contratualmente se a Indenização relativa à presente Cobertura será ou não antecipada do Capital Segurado da Cobertura de Morte, na hipótese de Evento Coberto, quando a sua contratação for conjugada com a Cobertura de Morte.

1.3. Esta Cobertura poderá ser contratada com cobertura apenas para o **1º (primeiro) diagnóstico ou para mais de um diagnóstico de Doenças Graves**, conforme estabelecido contratualmente

2. DESCRIÇÃO DAS DOENÇAS GRAVES

2.1. As Disposições Contratuais deverão estabelecida (s) doença(s) grave(s) a seguir descritas estarão cobertas pelo presente seguro.

2.1.1. Câncer (neoplasia): é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista.

2.1.2. Infarto Agudo do Miocárdio: necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas.

2.1.3. Angioplastia Coronária: procedimento cirúrgico realizado para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias utilizando um cateter específico chamado balão de angioplastia. Será passível de cobertura exclusivamente a angioplastia coronária em artéria com estreitamento de pelo menos 50% (cinquenta por cento) do seu diâmetro interno.

2.1.4. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária): cirurgia de coração realizada para corrigir o estreitamento ou obstrução de uma ou mais artérias coronárias.

2.1.5. Cirurgia de Válvula do Coração: cirurgia cardíaca convencional que visa recuperar ou substituir uma ou mais válvulas cardíacas, indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.

2.1.6. Cirurgia da Aorta: cirurgia cardíaca convencional que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto. Estará coberta exclusivamente a cirurgia da artéria aorta em sua porção torácica e abdominal, excluindo-se todos seus ramos. A cirurgia deve ser

indicada por cirurgião cardíaco, respaldado por exames complementares apropriados.

2.1.7. Derrame (Acidente Vascular Cerebral): isquemia cerebral (diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia intracraniana, que produz seqüela neurológica definitiva, comprovada após seis meses da data do diagnóstico.

2.1.8. Doença de Alzheimer: doença degenerativa do cérebro que produz a perda das habilidades de pensar, raciocinar e memorizar, que afeta as áreas da linguagem, que produz alterações no comportamento. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

2.1.9. Doença (ou Mal) de Parkinson: doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, caracterizada pela perda de neurônios em uma região específica do cérebro, que produz a diminuição de dopamina, alterando os movimentos chamados extrapiramidais (não voluntários). A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

2.1.10. Esclerose Múltipla: doença que acomete o sistema nervoso central, lenta e progressivamente e que promove uma destruição da bainha de mielina que recobre e isola as fibras nervosas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

2.1.11. Coma: estado patológico caracterizado por perda da consciência e ausência de resposta aos estímulos externos auditivos, visuais, olfativos, táteis etc. (estado não-despertável) persistindo continuamente com o uso de ventilação mecânica invasiva por um período mínimo de 96 (noventa e seis) horas e resultando em falha neurológica permanente.

2.1.12. Tumor Cerebral Benigno: é o tumor benigno no cérebro que provoca seqüelas neurológicas permanentes. A cobertura se restringe aos tumores cerebrais benignos acompanhados obrigatoriamente de hidrocefalia.

2.1.13. Danos Cerebrais Anatômicos: conjunto de distúrbios cerebrais envolvendo a perda das funções cerebrais, causado exclusivamente por acidente.

2.1.14. Distrofia Muscular: grupo de doenças genéticas, que se caracterizam por uma degeneração progressiva do

tecido muscular levando à perda dos movimentos. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista e mediante a comprovação da necessidade do auxílio ao Segurado por outra pessoa para realização de atividades cotidianas, incluindo a alimentação e higiene.

2.1.15. Doença do Neurônio Motor: doença caracterizada por defeito na unidade motora do neurônio que afete os músculos ou nervos provocando seqüelas neurológicas definitivas. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por neurologista.

2.1.16. Paralisia de Membros: perda total e irreversível da função muscular e sensitiva do conjunto de dois ou mais membros, como resultado de acidente ou doença.

2.1.17. Perda de Membros: amputação de dois ou mais membros provocados por acidente ou doença. Será considerada coberta exclusivamente a amputação ocorrida acima do cotovelo ou punho para membros superiores e acima do joelho ou tornozelo para membros inferiores. Os níveis de amputação a serem cobertos (cotovelo ou punho e joelho ou tornozelo) deverão ser estabelecidos contratualmente.

2.1.18. Enfisema Pulmonar: doença crônica caracterizada pela destruição parcial ou total do tecido pulmonar que se torna hiper insuflado. A caracterização da cobertura se dará mediante diagnóstico feito por pneumologista.

2.1.19. Insuficiência Renal Crônica: estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, diagnosticada por nefrologista, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

2.1.20. Cegueira: ocorrência de cegueira legal decorrente de acidente ou doença. Considera-se como cegueira legal a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 no melhor olho com a sua melhor correção, e/ou campo visual igual ou inferior a 20 graus em seu melhor olho.

2.1.21. Surdez: perda total e irreversível da audição em ambos os ouvidos.

2.1.22. Perda da fala: perda total e irreversível da capacidade de falar decorrente de acidente ou doença.

2.1.23. Queimadura de terceiro grau: queimaduras de terceiro grau que atingem pelo menos 20% (vinte por cento) da superfície corporal.

2.1.24. Transplantes de Órgãos: é a transferência de coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim ou medula óssea de um indivíduo (doador) para implantá-lo no Segurado (receptor). A indicação de transplante deve ser feita por médico especialista na doença em questão.

2.1.25. Câncer (Neoplasia) com metástase à distância: é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O termo Câncer também inclui leucemia e doenças malignas do sistema linfático. O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade por oncologista ou patologista. A cobertura de O Câncer (Neoplasia) com metástase à distância será decorrente da disseminação do câncer para outros órgãos;

2.1.26. Infarto Agudo do Miocárdio (Doenças Cardíacas) com insuficiência cardíaca – necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas. A cobertura de Infarto Agudo do Miocárdio (Doenças Cardíacas) com insuficiência cardíaca será decorrente a insuficiência cardíaca Classe Funcional III ou IV da New York Heart Association (NYHA), apesar da terapêutica, com fração de ejeção de ventrículo esquerdo menor ou igual a 40% (fórmula de Teichholz).

2.1.27. Insuficiência Renal Crônica (Doenças Renais) com clearance de creatinina; estágio final da doença renal, caracterizada pela perda funcional de ambos os rins, diagnosticada por nefrologista, que necessita de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal. Procedimentos para regulação dos sinistros. A cobertura Insuficiência Renal Crônica (Doenças Renais) com clearance de creatinina será decorrente de clearance de creatinina menor que 15 ml/min, com terapia renal substitutiva (hemodiálise ou diálise peritoneal) permanente.

2.2. Todas as Doenças Graves deverão ser comprovadas por meio de resultados de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico científica, e demais documentos estabelecidos no item Pagamento da Indenização das Condições Gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 4 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Para Câncer (neoplasia): qualquer Câncer não invasivo (in situ), Doença de Hodgkin na fase I, todos o Câncer de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana, carcinoma micropapilar da

bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação Rai menor que III);

b) Para Infarto Agudo do Miocárdio: infartos do miocárdio anteriores a contratação do seguro, infarto que não produz elevação no segmento ST no Eletrocardiograma, bem como os infartos ocorridos dentro da vigência da Apólice decorrentes de doenças preexistentes à contratação;

c) Para Angioplastia Coronária: angioplastia de estreitamentos inferiores a 50% (cinquenta por cento) do diâmetro interno da artéria coronária;

d) Para Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Artéria Coronária): angioplastia e/ou qualquer procedimento intra-arterial, tratamento a laser e/ou qualquer outro tratamento não cirúrgico, bem como cirurgias de revascularização decorrentes de lesões coronarianas preexistentes à contratação do seguro;

e) Para Cirurgia de Válvula do Coração (cardíaca): quando não for necessária a substituição da válvula cardíaca que apresente alterações clínicas, bem como a cirurgia decorrente de lesão de válvula cardíaca com origem anterior à vigência da Apólice;

f) Para Cirurgia da Aorta: quando não for realizado procedimento cirúrgico para implante de prótese ou clipagem de aneurisma na aorta, procedimentos em ramos da artéria aorta, bem como as cirurgias de aorta decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro;

g) Para Derrame (Acidente Vascular Cerebral): ataques isquêmicos transitórios; alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral isquêmico e/ou hemorrágico e lesão cerebral resultante de trauma; não estão cobertos ainda os derrames decorrentes de doenças preexistentes à contratação do seguro, ainda que o derrame ocorra dentro do período de vigência da Apólice;

h) Para Doença de Alzheimer: doença na fase inicial onde não existe comprometimento cognitivo (*Clinical Dementia Rating* <1);

i) Para Esclerose Múltipla: doença na fase caracterizada por surtos de exacerbação-remissão;

j) Para Tumor Cerebral Benigno: tumores de glândula hipófise;

k) Para Danos Cerebrais Anatômicos: todos os danos cerebrais causados por doenças orgânicas e psicossomáticas;

l) Para Distrofia Muscular: doença na fase inicial sem perda funcional comprovada e doença não confirmada por exame histológico;

m) Para Paralisia de Membros: qualquer forma de paralisia temporária e/ou transitória;

n) Para Enfisema Pulmonar: asma e/ou bronquite, quando não dependentes de oxigênio contínuo;

o) Para Insuficiência Renal Crônica: insuficiência renal aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal;

p) Para Transplantes de Órgãos: qualquer autotransplante, demais órgãos ou células, exceto os cobertos citados no item 2.1.24.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1 Somente na hipótese de contratação de cobertura para mais de um diagnóstico de Doenças Graves, o Capital Segurado relativo a esta Cobertura será reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto. A reintegração nestes casos será total e sem cobrança de Prêmio adicional, exceto quando decorrentes de um mesmo evento.

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

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1 Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

5.2. Na hipótese em que Capital Segurado para esta Cobertura for antecipação do Capital Segurado para a Cobertura de Morte, não poderá ser contratada cobertura para mais de um diagnóstico de Doenças Graves.

5.3. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (DC)

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura, desde que contratada, garante ao segurado o pagamento de uma indenização quando **diagnosticada a neoplasia maligna por médico habilitado em oncologia e demonstrada por resultado de exame anatomopatológico, exceto se decorrente dos**

riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, do Contrato.

1.1.1. Neoplasia Maligna (Câncer): é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 5 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) Qualquer Câncer não invasivo (in situ), Doença de Hodgkin na fase I, todos o Câncer de pele com exceção do melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III), qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana, carcinoma micropapilar da bexiga e leucemia linfocítica crônica (classificação Rai menor que III);

3. DISPOSIÇÕES GERAIS

3.1. Não será paga Indenização com base em diagnóstico feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma **residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.**

3.2. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE DOENÇA TERMINAL – (DT)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, após o período de Carência, o pagamento de uma Indenização, em caso de diagnóstico de Doença em Estágio Terminal, a antecipação do Capital Segurado de Morte, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das**

Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2. O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio, exceto para as Coberturas exclusivamente relacionadas a acidente, que poderão ser mantidas, desde que previsto contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Entende-se por **Doença em Estágio Terminal**, aquela que atingiu estágio no qual não há qualquer alternativa terapêutica médica disponível e não há perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente sem perspectiva de sobrevivência, com expectativa de morte eminente conforme atestado pelo médico assistente do segurado e desde que reconhecido pela Seguradora.

2.2 Para fins desta garantia, considera-se “**paciente em estágio terminal**” o portador de **Doença em Estágio Terminal**.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, as despesas decorrentes de:

- a) doenças agravadas por traumatismos;**
- b) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos.**

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1. Não será paga Indenização com base em diagnóstico ou declaração feito exclusivamente por um membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente desta pessoa ser médico habilitado ou profissional de saúde.

4.2 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA BENEFÍCIO PRÉ- INVENTÁRIO POR MORTE (BPI)

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, **para minimizar as despesas com as documentações e procedimentos preliminares ao inventário do segurado, 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, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à cobertura de Morte ou Morte Acidental.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Glossário” das Condições Gerais deste seguro.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1. Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL AO EMPREGADOR POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE LABORAL (IEAAL)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização, a título de apoio financeiro ao empregador, em caso de afastamento por acidente laboral do empregado que estiver em gozo do benefício de auxílio doença acidentário concedido pelo órgão responsável, desde que o afastamento seja em

consequência de acidente típico ou do trajeto, mediante registro no CAT (comunicação de acidente de trabalho), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.2. As indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia, limitado ao Capital Segurado Contratado.

1.3. Caso ocorra o afastamento acidentário laborativo por agravamento do evento coberto já indenizado, não haverá cobertura.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Laborativo: é o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço do Empregador e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho.

2.2. Acidente Típico: acidente que ocorre a serviço da Empresa.

2.3. Acidente do Trajeto: acidente que ocorre no percurso residência ou refeição para o local de trabalho e vice-versa.

2.4 Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 4 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) eventos em que o período do afastamento acidentário laborativo do Segurado seja inferior a Franquia estabelecida no Contrato e Apólice e que não resultem em benefício de auxílio-doença acidentário da Previdência Social;

b) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;

c) os eventos ocorridos anteriores a vigência do seguro, bem como os ocorridos durante a sua vigência, que tenham provocado a necessidade de comunicação da reabertura do CAT ao INSS.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

4.2. Não haverá reintegração de capital para casos de CAT reabertura, ou seja, quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão, acidente comunicado anteriormente ao INSS.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR AO EMPREGADO POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE LABORAL (ICAAL)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização ao empregado que estiver em gozo do benefício de auxílio-doença acidentário concedido pelo órgão responsável, a título de complemento salarial do valor da diferença entre o auxílio-doença acidentário e o valor da remuneração que receberia se estivesse trabalhando, desde que o afastamento seja em consequência exclusiva de acidente laborativo, típico de trabalho ou do trajeto, mediante registro no CAT (comunicação de acidente de trabalho), exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2. As indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas após decorrido o período de Franquia, limitado ao Capital Segurado Contratado.

1.3. Caso ocorra o afastamento acidentário laborativo por agravamento do evento coberto já indenizado, não haverá cobertura.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Laborativo: é o acidente ocorrido no exercício da atividade profissional a serviço do Empregador e que provoque lesão corporal ou perturbação funcional que cause a perda ou redução (permanente ou temporária) da capacidade para o trabalho.

2.2. Acidente Típico: acidente que ocorre a serviço da Empresa.

2.3. Acidente do Trajeto: acidente que ocorre no percurso residência ou refeição para o local de trabalho e vice-versa.

2.4 Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT): é um documento emitido para reconhecer tanto um acidente de trabalho ou de trajeto bem como uma doença ocupacional.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos na cláusula 4 das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) eventos em que o período do afastamento acidentário laborativo do Segurado seja inferior a Franquia estabelecida no Contrato e Apólice e que não resultem em benefício de auxílio-doença acidentário da Previdência Social;
- b) eventos decorrentes de doença profissional ou do trabalho;
- c) os eventos ocorridos anteriores a vigência do seguro, bem como os ocorridos durante a sua vigência, que tenham provocado a necessidade de comunicação da reabertura do CAT ao INSS.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

4.2. Não haverá reintegração de capital para casos de CAT reabertura, ou seja, quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão, acidente comunicado anteriormente ao INSS.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE FRATURA ÓSSEA (FO1)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de fratura óssea após traumatismo ocorrido nos membros indicados na Tabela de Lesões Cobertas, prevista no item 4, abaixo, exclusivamente decorrente de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item "Glossário" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Fratura Óssea é uma situação em que há perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um dos traumatismos.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, as despesas decorrentes:

a) Auto lesão

4. TABELA DE LESÕES

4.1. Tabela de lesões

FRATURA
Vértebra Cervical
Ossos do Ouvido (martelo, bigorna e estribo)
Quadril ou Pelve
Crânio
Fêmur, Calcâneo, Úmero
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho(ossos do carpo)
Vértebra, Torácica ou Lombar (cada)
Osso esterno, patela (rótula)
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix
Face ou Nariz (exceto crânio e Maxilar)
Costelas (cada)
Dedos da mão e do pé (cada)

4.2. As lesões cobertas serão informadas nas Condições Contratuais, bem com o limite de eventos cobertos por vigência.

5. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Na ocorrência de um sinistro, a cobertura da parte do corpo afetada será reintegrada após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE FRATURA ÓSSEA (FO2)

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de fratura óssea após traumatismo ocorrido nos membros indicados na Tabela de Lesões Cobertas, prevista no item 4.1.2, abaixo, exclusivamente decorrente de Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratual.**

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: para fins desta Cláusula prevalece o conceito indicado no item "Glossário" das Condições Gerais deste seguro.

2.2. Fratura Óssea é uma situação em que há perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um dos traumatismos.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no item 4 das Condições Gerais, estão também excluídos da presente cobertura, as despesas decorrentes:

a) Auto lesão

4. TABELA DE LESÕES

4.1. Tabela de lesões

FRATURA
Vértebra Cervical
Ossos do Ouvido (martelo, bigorna e estribo)
Quadril ou Pelve
Crânio
Fêmur, Calcâneo, Úmero
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Escápula
Maxilar, Clavícula, Antebraços, Punho(ossos do carpo)
Vértebra, Torácica ou Lombar (cada)
Oso esterno, patela (rótula)
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix
Face ou Nariz (exceto crânio e Maxilar)
Costelas (cada)
Dedos da mão e do pé (cada)

4.2. Serão cobertos até 3 (três) eventos, por vigência.

5. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURA

5.1. Na ocorrência de um sinistro, a cobertura da parte do corpo afetada será reintegrada após 12 (doze) meses da data de ocorrência do evento.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.